Ansichtsexemplar!
Nicht zur Mitnahme!

C 6068 F

DIE SPRACHHEILARBEIT

34. Jahrgang
April 2/89

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs)

Inhaltsverzeichnis

Auf ein Wort — Seite
Gerhard Homburg — 53

Hauptbeiträge

Helmut Breuer, Greifswald (DDR)
Zur Ätiologie und prophylaktischen Einschränkung von Lese-Schreiblernstörungen — 55

Rolf Rameckers, Göttingen
Die Flexible Eingangsstufe — 64

Heiko Rodenwaldt, Mainz
Beratung oder Belehrung? — Das Gespräch mit Bezugspersonen von Menschen mit sprachlichen Unzulänglichkeiten — 72

Jürgen Steiner, Leverkusen
Der kommunikative Ansatz in der Aphasietherapie — 80

Magazin — Seite

Einblicke — 86
Weitwinkel — 87
Ideenplatz — 89
dgs-Nachrichten — 90
Materialien und Medien — 91
Rezensionen — 92
Buch- und Zeitschriftenhinweise — 99
Aus-, Fort- und Weiterbildung — 100
Tagungen und Kongresse — 102
Vorschau — 102

ISSN 0584—9470

dgs

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (dgs)

Bundesvorsitzender: Kurt Bielfeld, Berlin

Mitglied: Internationale Gesellschaft für Logopädie und Phoniatrie (IGLP)
Internationales Büro für Audiophonologie (BIAP)
Deutsche Gesellschaft für Sprach- und Stimmheilkunde
Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e. V.
Bundesvereinigung Stotterer-Selbsthilfe e. V.
Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e. V.

Geschäftsführender Vorstand:
dgs, Leonberger Ring 1, 1000 Berlin 47, Telefon (030) 6 05 79 65

Landesgruppen:

Baden-Württemberg	Otmar Stöckle, Hochgerichtstraße 46, 7980 Ravensburg
Bayern	Siegfried Heilmann, Pfarrer-Schwarz-Straße 12, 8721 Schwebheim
Berlin	Jürgen Jeßke, Hildegardstraße 21, 1000 Berlin 31
Bremen	Prof. Dr. Gerhard Homburg, St. Magnus-Straße 4, 2863 Platjenwerbe
Hamburg	Klaus-Christian Becker, Waldfrieden 8, 2000 Hamburg 70
Hessen	Hans Fink, Burgackerweg 6 A, 6301 Staufenberg 1
Niedersachsen	Wolfgang Scheuermann, Spezialkrankenhaus Lindenbrunn, Postfach 1120, 3256 Coppenbrügge 1
Rheinland	Heribert Gathen, Göckelsweg 7, 4050 Mönchengladbach 1
Rheinland-Pfalz	Reinhard Peter Broich, Ludwig-Schwamb-Straße 52, 6500 Mainz 21
Saarland	Toni Lauck, Ritzelbergstraße 15 a, 6695 Tholey 6
Schleswig-Holstein	Ingeburg Steffen, Glojenbarg 32, 2000 Norderstedt
Westfalen-Lippe	Hans-Detlef Heining, Liegnitzer Weg 43, 4440 Rheine 1

Die Sprachheilarbeit, Fachzeitschrift für Sprachbehindertenpädagogik

Herausgeber	Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (dgs)
Redaktion	Prof. Dr. Jürgen Teumer, Mühlenkamp 2 A, 2723 Scheeßel Telefon (04263) 88 88 Barbara Kleinert-Molitor, Friedrich-Ebert-Straße 131, 2800 Bremen 1 Telefon (0421) 59 13 32 Uwe Förster, Tulpenstraße 4, 3253 Hess. Oldendorf Telefon (05152) 29 50

Verlag und Anzeigenverwaltung sowie Entgegennahme von Abonnementsbestellungen:
Wartenberg & Söhne GmbH · 2000 Hamburg 50, Theodorstraße 41 w, Telefon (040) 89 39 48.

Bezugspreis pro Heft 8,— DM, Jahresbezug (6 Hefte) 48,— DM zuzüglich 6,— DM Portokosten.

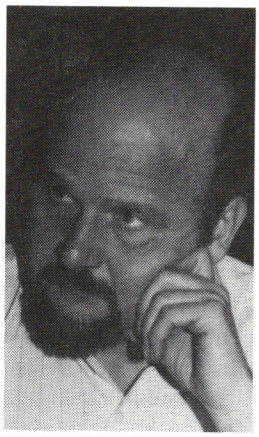
Für Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (dgs) ist der Bezug der Zeitschrift im Jahresbeitrag enthalten.

Mitteilungen der Redaktion

In der »Sprachheilarbeit« werden Untersuchungen, Abhandlungen und Sammelreferate veröffentlicht, die für die Sprachbehindertenpädagogik relevant sind.

Manuskripte sind unter Beachtung der im Heft 1 eines jeden Jahrgangs niedergelegten Richtlinien in dreifacher Ausfertigung an einen der Redakteure zu senden.

Die in der »Sprachheilarbeit« abgedruckten und mit den Namen der Autoren gezeichneten Artikel stellen deren unabhängige Meinung und Auffassung dar und brauchen mit den Ansichten der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. (dgs) oder der Redaktion nicht übereinzustimmen.



Gerhard Homburg

Auf ein Wort

1. Was ich Ihnen noch fragen wollte . . .

Groß gewachsen ist er, willig zwar, aber nicht belastbar. Olaf D. legt oft schon in der ersten Stunde den Kopf auf die Arme: Ich kann nicht mehr! Lesen ist sein großes Problem. Er behält die Laute nicht. Sein Bildgedächtnis ist stabiler als das für Laute und Buchstaben. So muß er sich beim Lesen immer nach den Lautgeschichten umsehen, die hinten auf der Wäscheleine hängen, muß an die Lautgebärden erinnert werden. Ohne meine Hilfe, ohne meine Nähe gelingt ihm fast nichts. Das erste Zusammenschleifen war mühevoll. Das Lesen von Wörtern macht noch größere Probleme. Hat er unterstützt durch Lautgebärden die Laute der ersten Silbe mühsam zu einem Klangbild zusammengezogen, ist ihm dieses schon wieder entfallen, wenn er die zweite Silbe zusammen hat. Also wieder von vorne und wieder und wieder . . .

Seine Mutter ist eine stabile Frau, alleinstehend, etwas derb, mit lauter Stimme, aber sie hat ihren Olaf lieb. Sie zieht ihn zu sich rüber, drückt seinen Kopf mit ihren verarbeiteten Händen an sich: »Nehmen Sie ihn ordentlich ran, der braucht das!« Aber Rannehmen ist nicht unser Problem. Das liegt eher an der Lauterinnerung und fehlender Unterstützung von zu Hause. Dort wird nicht geübt. Weil Frau D. nicht zu den Elternversammlungen und auch sonst nicht in die Schule kommt, sitze ich nun zusammen mit Olaf am Küchentisch: »Olaf ist fast der Schlechteste im Lesen. Der gibt sich Mühe, aber er muß auch zu Hause üben, nur vormittags in der Schule reicht nicht.« »Aber die lesen doch heute so anners, mit'n Armen und so!« Mutter D. hat recht, die Lesegebärden beherrscht sie nicht, woher auch! »Aber üben geht doch, Mutti!« Das Armlesen machen wir nur am Anfang. Olaf und ich wollen jetzt vormachen, wie die Mutti mit Olaf lesen üben kann.

Ja, deswegen bin ich gekommen. In ihrer vertrauten Umgebung will ich es ihr zeigen.

Und dann geht's los. Olaf holt seine Sachen, und ich übe mit ihm Lesen. Dabei erkläre ich Frau D., wie Olaf das Zusammenschleifen gelernt hat, welche Hilfen wir einsetzen, damit er die zuvor erlesene Silbe nicht vergißt (in die Hand nehmen!), wie das mit den kurzen Selbstlauten ist usw., usw. Dann übernimmt Frau D. meine Rolle. Olaf ist anfangs etwas ungehalten, weil sie immer dazwischenredet, läßt sich aber später auf ihre Hilfen ein.

Als die beiden alleine arbeiten, habe ich ein gutes Gefühl. Ich habe alle meine Möglichkeiten ausgeschöpft und bin mit mir selber zufrieden, mit meinem Lehrstück in Lesemethodik. Das sollte anders werden!

Als wir fertig sind, zeigt mir Olaf noch seinen Hamster und seinen Kranstuhl aus Fischertechnik. Ich unterhalte mich mit Frau D. über dies und das, über Olafs Schlappheit (sie solle ihm mehr Frisches zu essen geben), über seine sonstigen Leistungen in

der Schule und daß er häufiger seine Turnsachen vergißt. Bis sie sagt: »Und was ich Ihnen noch fragen wollte, wie iss'er denn in Lesen?...«

Wieder auf der Straße habe ich mich geschüttelt, kein Anschluß unter dieser Nummer! Elternarbeit kann frustrierend sein. Oder lag es an mir? Besser kann ich nicht erklären!

2. ...damit man ihn besser helfen kann!

Ich beantrage bei der Schulaufsicht, für meine Schulklasse Lernentwicklungsberichte/Textzeugnisse statt Notenzeugnisse erteilen zu können; dem Antrag wird stattgegeben. Zuvor muß die Zustimmung aller Eltern eingeholt werden.

Also mache ich mich auf den Weg. In jedem Elternhaus erzähle ich meine Geschichte aufs neue. Ich schildere den Eltern die Leistungen der Kinder, erläutere ihnen die Nachteile eines Zensuren- und die Vorteile eines Textzeugnisses. Eine Zensur sage nur aus: gut, mittel oder schlecht im Vergleich zu anderen Kindern. Mit einem Text könne der Lehrer auf jedes Kind eingehen, genau erläutern, wie es lernt, was es gut kann, wo noch Hilfe nötig ist. Für die Eltern habe das den Vorteil, daß sie mehr über ihr Kind erfahren und gezielter unterstützen können. Und im übrigen sei die Schulaufsicht einverstanden.

Alle Eltern sind einsichtig und begrüßen den Vorschlag, von allen kommt Zustimmung.

Als letzte besuche ich die Eltern von Dirk K. Sie hören sich meine Geschichte an und sind mit einem Textzeugnis oder, wie es amtlich heißt, einem Lernentwicklungsbericht einverstanden.

Beim Verabschieden frage ich, ob sonst alles klar ist. Da sagt Vater K.: »Ich hab's mir überlegt, ich will doch Zensuren.« Als ich in meiner Verwunderung nach dem Grund frage, antwortet er: »Damit man ihn besser helfen kann!«

3. Auf ein Nachwort

Einige sich hier anschließende Fragen, etwa die nach dem anzulegenden Vergleichsmaßstab für Zensuren in Jahrgangsklassen der Sprachheilschule (Klasse oder Grundschule?), die rechtliche und pädagogische Würdigung elterlicher Entscheidungen bei begrenzter Einsichtsfähigkeit (Ist es wie in der Politik, wo die Stimmen nicht gewogen, sondern nur gezählt werden?) sollen hier offenbleiben.

Wenn meine Studenten heute beim Thema Elternarbeit »abheben«, erzähle ich gerne diese Anekdoten, um sie wieder auf den Boden zurückzuholen.

Wollte ich ursprünglich die mit »Auf ein Wort« gegebene Gelegenheit zu unterhaltsamer Plauderei ohne großen theoretischen Anspruch nur nutzen, sieht sich der Professor für gestörte sprachliche Kommunikation nun unversehens gerade diesem Anspruch ausgesetzt.

Warum sind diese Gespräche so gründlich mißraten? Warum haben die Botschaften die Eltern von Olaf und Dirk nicht erreicht?

Offensichtlich haben die Eltern eine Kategorie: guter/durchschnittlicher/schlechter Schüler, in die sie ihre Kinder einsortieren. Methodisch-didaktische Überlegungen fallen durch die Maschen dieses groben Kategoriennetzes, weil sie viel zu fein sind und aus einem ungewohnten Denksystem stammen. Trotz Bemühens um Verständlichkeit und Anschaulichkeit erreichen sie nicht ihre Alltagserfahrung. Die irritierenden Schlußfragen signalisieren das Bemühen nach Orientierung — auf einer Ebene, die längst überwunden schien.

In beiden Fällen hat das durchaus kooperative Gespräch über Helfen beim Lesen bzw. Textzeugnis darüber hinweggetäuscht, daß nach dem Verständnis der Eltern die Frage nach guter/mittlerer/schlechter Schüler überhaupt nicht behandelt wurde und damit unbeantwortet geblieben ist.

Damit Ihnen, liebe Leserin und lieber Leser, in solchen Gesprächen nicht Ähnliches passiert, rate ich zu: »Und was ich Ihnen noch fragen wollte...«

Ihr Gerhard Homburg

(Prof. Dr. Gerhard Homburg hat mehrere Jahre in der Sprachheilschule unterrichtet und vertritt heute die Fachrichtung Sprachbehindertenpädagogik an der Universität Bremen.)

HAUPTBEITRÄGE

Helmut Breuer, Greifswald (DDR)

Zur Ätiologie und prophylaktischen Einschränkung von Lese-Schreiblernstörungen

Zusammenfassung

Nicht-defektive Lernschwierigkeiten im Anfangsunterricht treten meist unerwartet und bei ca. 15 Prozent der Kinder auf. Die Auswirkungen auf die Schullaufbahn sind langzeitlich, selten episodisch. Bisherige Ergebnisse legen nahe, symptomorientierte, abwartende Förderstrategien durch prophylaktische zu ergänzen. Das erfordert, vorschulische (Prä-)Indikatoren für diese Schwierigkeiten aufzuklären und für den Vorschulpädagogen diagnostisch zugänglich zu machen. Mit der Diagnose sind Zugriffsstellen aufzuzeigen, die der Kompetenz des Pädagogen entsprechen. Im Ergebnis von Längsschnittuntersuchungen erwiesen sich in diesem Zusammenhang sprachbezogene Wahrnehmungsleistungen und das Niveau der Lautsprache als favorisierte Grundlagen für einen erfolgreichen Schulstart. Sie besitzen eine »Brücken-« bzw. »Kettengliedfunktion« innerhalb der psychophysischen Komponenten der Handlungsregulation in dieser Übergangsphase für den weiteren hierarchischen Aufbau des sprachlichen Systems.

1. *Zum Problem*[1]

Mit Schwierigkeiten beim Erwerb der Schriftsprache hat es in unterschiedlicher Ausprägung ein relativ großer Anteil von Schülern der Anfangsklasse zu tun. Sieht man dabei von defektiven Konstellationen (Blinde, Gehörlose, Schwachsinnige usw.) ab, schwanken die Angaben dazu zwischen 15 bis 20 Prozent. In der internationalen Literatur werden ähnliche Anteile genannt, wenn das Einschulungsalter in etwa übereinstimmt. Da Schwierigkeiten nicht-defektiver Art für die betroffenen Kinder und ihre Eltern fast immer unerwartet kommen, außerdem bei jedem Einschulungsjahrgang wiederkehren und — wie Längsschnittuntersuchungen belegen — nicht nur zeitlich begrenzt, episodisch, sondern global langzeitlich die Entwicklung des Kindes beeinflussen, ist die Aufklärung der vorschulischen Genese dieser Schwierigkeiten eine folgerichtige Konsequenz.

Die Untersuchung der Ätiologie dieser Schwierigkeiten muß darauf gerichtet sein, *Prä-Indikatoren* für künftiges Versagen sichtbar zu machen und pädagogische Zugriffsstellen zu finden. Einer prophylaktischen Vorgehensweise kommt es nicht auf Förderung schlechthin an, sondern auf Förderung zum richtigen Zeitpunkt und an der richtigen Stelle. Dazu ist erforderlich, jene psychophysischen Leitfunktionen herauszufinden, die gewissermaßen die Verbindung zwischen den verschiedenen Ebenen des sprachlichen Systems darstellen. Sie entscheiden über das Niveau der Tätigkeit in der aktuellen Zone der Entwicklung. In Verbindung mit ihnen bilden sich »Schrittmacher« für den erfolgreichen Übergang zum nächsthöheren Typ der Tätigkeit aus. Ihr im Vorschulalter erreichtes Niveau hat Einfluß darauf, wie der Übergang gelingt. Das Vorschulalter stellt eine relativ eigenständige Phase dar, die durch den dominierenden Tätigkeitstyp »Spiel« mit allen seinen inhaltlichen und kommunikativen Varianten bestimmt wird. Gleichzeitig werden im Ergebnis des Spiels usw. psychische Funktionen ausgeformt und be-

[1] Anmerkung der Redaktion: Der Autor verwendet in seinem Beitrag die in der DDR gebräuchliche Terminologie (Schwachsinnige, Hilfsschüler, Agrammatismus, Debile).

reitgestellt, die das schulische Lernen ermöglichen. Es baut auf den im Vorschulalter erreichten Fähigkeiten, Fertigkeiten, Einstellungen usw. auf.

Ob diese psychischen Grundlagen für schulisches Lernen ausreichend sind, zeigt sich im Anfangsunterricht. Auftretenden Schwierigkeiten einzelner Kinder versucht der Lehrer *symptomorientiert* zu begegnen. Seine pädagogischen Interventionen sind darauf gerichtet, das nachzuvollziehen, was an notwendigen individuellen Voraussetzungen fehlt bzw. sich unvollkommen ausformt. Im Unterschied bzw. als Ergänzung dazu geht es *prophylaktischer* Förderung letztlich darum, derartige Lernschwierigkeiten vorbeugend einzuschränken. Sie will die Aneignung der Schriftsprache schon zu einem Zeitpunkt unterstützen, zu dem das Kind noch nicht mit dem Lesen- und Schreibenlernen begonnen hat, jedoch wichtige Voraussetzungen dafür ausbildet.

Der Aufbau des funktionalen Systems der Sprache verläuft in einer hierarchischen Abfolge. Damit das Kind Lautsprache erwerben kann, muß es zuvor auf der sensomotorischen Ebene einen bestimmten Standard erreicht haben (1. Informationsstufe, *Radigk* 1979; 1. Signalsystem *Pawlow* 1953, 1954).

Mit dem Erwerb der Lautsprache wird u. a. zweierlei bewirkt: Lautsprache bereitet Schriftsprache vor. Indem sich Lautsprache entwickelt, kann sich die Qualität der sensomotorischen Ebene vervollkommnen. Es ist keineswegs Zufall, daß alle Kinder der Welt im Alter zwischen fünf bis sieben Jahren damit beginnen, Schriftsprache zu erwerben. Bis zu diesem Zeitpunkt hat das Kind das dafür notwendige Niveau in der Lautsprache auf Laut-, Wort- und Satzebene (*Weuffen* 1980) sowie in deren sprachbezogenen verbosensomotorischen Grundlagen erreicht. Unzulänglichkeiten im Niveau der sprachbezogenen Wahrnehmungsleistungen und im Niveau der Lautsprache (*Breuer* und *Weuffen* 1986) gehen mehr oder weniger in die Aneignung der Schriftsprache ein bzw. müssen im Aneignungsprozeß überwunden werden.

Über den Umfang und die geschlechtsspezifischen Anteile von Lernschwierigkeiten im Anfangsunterricht gibt die Tabelle 1 Aufschluß.

Tabelle 1: Anteil von Kindern mit Schwierigkeiten im Anfangsunterricht (befragt wurden 925 Unterstufenlehrer der Klassen 1 und 2)

Befragte Kinder	23 454
davon haben nach Einschätzung der Lehrer Schwierigkeiten	6 084 beim Lesen (26 Prozent) 6 443 beim Schreiben (27 Prozent)
Von den Schülern mit Schwierigkeiten sind	39 Prozent Mädchen 61 Prozent Jungen

(*Breuer* 1982)

Psychische Leitfunktionen, die als Brücke von niederen zu höheren Ebenen der Tätigkeit anzusehen sind, betreffen sowohl kognitive als auch motivationale Komponenten, also ein ganzes Ensemble psychophysischer Teilleistungen. Sie entsprechen inhaltlich etwa dem, was unter dem Begriff »Schulfähigkeit« subsumiert wird. Im Einzelfall kann z. B. die physische Belastungsfähigkeit, eine motorische Unsicherheit, die Fähigkeit zur Eingliederung in eine Gruppe, das Niveau der Lernmotivation oder ein unzureichendes Aufgabenbewußtsein usw. den Erfolg eines Kindes in den Anfangsklassen behindern. Anliegen prophylaktischer Hilfen ist es, innerhalb möglicher Ausgangspunkte für schulisches Versagen diejenigen besonders ins Auge zu fassen, die unabhängig vom Einzelfall als alterstypische Gefährdung *verbreitet* auftreten.

Für erfolgreiches Lernen im Anfangsunterricht sind z. B. die Primärmotivation des Kindes für schulisches Lernen und das Niveau von kognitiven sprachbezogenen Funktionen wichtig. Ohne »positive Erwartungshaltung« zur Schule würden u. U. auch gute kognitive Eingangsfunktionen nicht zur Geltung kommen. Aus Befragungen künftiger Schulanfänger läßt sich belegen, daß praktisch alle mit einer positiven Motivation in die Schule »streben«. Diese notwendige Eingangsbedingung für schulisches Lernen stellt keine Veranlassung für umfassende präventive Interventionen dar. Vorschulerzieher, Eltern, Medien,

das gesamte soziale Umfeld des Kindes sichern sie zu Beginn der Schulzeit. Bei einigen Kindern hat die positive Primärmotivation nur kurzen Bestand, während sie bei anderen verstärkt wird. Der Verlust an unbeschwerter positiver Lernhaltung resultiert nicht aus unzureichenden Stimulierungen für Lernfreude durch den Lehrer, sondern primär aus kognitiv bedingten Mißerfolgen. Eine prophylaktische Strategie hat hier anzusetzen und sichern zu helfen, daß die für das Lesen- und Schreibenlernen benötigten kognitiven Voraussetzungen sich im Vorschulalter angemessen entwickeln können.

Nachfolgende Abbildung zeigt, wie sich die Primärmotivation im Verlaufe der ersten beiden Klassen verändert (*Breuer* und *Kasten* 1984).

Tabelle 2: Befindlichkeit und Schullaufbahn (n = 48)

Tendenz der Grundstimmung (Anteil in Prozent)	1. Befragung (1. Schulwoche)	2. Befragung (6. Schulwoche)	3. Befragung (nach 1. Zeugnis Kl. 1)	4. Befragung (1. Schulwoche Kl. 2)
positiv	97,5	75	50	80
ambivalent	2,5	25	30	8
negativ	—	—	20	12

Als phasenspezifische kognitive Kettenglieder für einen erfolgreichen Übergang zum schulischen Lernen müssen tätigkeits- und sprachbezogene Wahrnehmungsleistungen und das Niveau der Lautsprache angesehen werden.

Unabhängig davon, ob sich der interne Aufbau ideeller Repräsentationen für Erscheinungen, Beziehungen der Außenwelt als Wissensbesitz sensomotorisch, lautsprachlich, schriftsprachlich oder produktiv-innersprachlich vollzieht (*Klix* 1988), immer entscheidet die Präzision und Schnelligkeit bei der Erfassung und Wiedergabe sinnlich wahrnehmbarer Modalitäten, mit denen Informationen kodiert sind, darüber, welche Qualität Wissen und Denken erreichen. Auch der beste Gedanke kann vom anderen nicht verstanden werden, wenn er sinnlich wahrnehmbar nicht zu identifizieren ist. Verstehen von Sprache sowie der Verlauf von Sprachaneignungsprozessen sind davon abhängig, ob die Sprache sinnlich präzise in der verfügbaren Zeit wahrgenommen und in der Kommunikation ebenso präzise sinnlich wahrnehmbar realisiert wird.

So unbestritten dieser Zusammenhang von sensomotorischer und sprachlicher Ebene für alle Sprachaneignungsprozesse ist, so wenig wird er eigentlich mit der erforderlichen Konsequenz in Forschung und Praxis beachtet. Dafür gibt es mehrere Ursachen. Eine davon ist, daß subtilere sprachbezogene Wahrnehmungsdefizite beim Vorschulkind nicht erkannt werden. Sie bleiben lautsprachlich und in der Tätigkeit unauffällig, weil sie andere Situationscharakteristika kompensieren helfen. Zu erkennen geben sie sich, wenn solche unterstützenden Informationen fehlen. Ein Kind kann z. B. G und D phonematisch nicht genau differenzieren. Wenn dieses Kind gemeinsam mit der Mutter ein Kissen stickt und dabei aufgefordert wird, eine Nadel zu holen, wird es nie einen Nagel bringen, obwohl es beide Wörter bei isolierter Darbietung phonematisch nicht unterscheiden könnte. Erst später beim Schreibenlernen in der Schule macht sich diese subtile phonematische Schwäche bemerkbar. Rechtschreibfehler treten auf, weil es an unterstützenden Zusatzinformationen zur semantischen Identifikation fehlt.

Eine andere Ursache dafür, Beziehungen zwischen Wahrnehmen und Verstehen von Sprache nicht zu beachten, ergibt sich aus dem Umstand, daß die Auswirkungen erst den Lehrer befassen. Er fühlt sich für den Lernprozeß in der Schule, nicht für den im Vorschulalter verantwortlich. Da im Vorschulalter vom Kind alle Tätigkeitsanforderungen problemlos bewältigt wurden, wird der Ausgangspunkt für Lernschwierigkeiten im Schreib-Leselernprozeß unmittelbar angenommen. Eine Verwurzelung symptomati-

scher Schwierigkeiten in früheren Etappen der Entwicklung wird kaum mitgedacht.

Mit der Anerkennung der verbosensomotorischen Funktionen und des lautsprachlichen Entwicklungsniveaus als signifikative Komponenten innerhalb der psychophysischen Struktur in dieser Altersetappe, also für den erfolgreichen Übergang vom vorschulischen zum schulischen Tätigkeitstyp, ergeben sich für pädagogisch-psychologische Forschungen Konsequenzen. Immer ist vom hierarchischen Aufbau des sprachlichen Systems auszugehen. Verbosensomotorik und Lautsprache formen sich unter den Bedingungen der gegenständlich-kommunikativen Tätigkeit im Vorschulalter aus. Beide Ebenen konstituieren sich nach- und miteinander und gehen in die nächste Ebene, die Schriftsprache, mit ein, beeinflussen deren Qualität und erhalten durch diese wiederum neue Entwicklungsimpulse.

Diese Dynamik zu erfassen ist mit Querschnitts- und kurzzeitigen Längsschnittbetrachtungen nicht möglich. Sie können weder die Genese des Aufbaus der hierarchischen Ebenen der Sprache noch damit zusammenhängende Langzeitbeziehungen defizitärer bzw. gutentwickelter psychischer Leitfunktionen innerhalb einer Altersstufe für folgende Altersabschnitte erfassen. Innerhalb von gleichaltrigen Populationen finden sich vielfältige und große interindividuelle Unterschiede im Zustand und im Entwicklungsgeschehen psychophysischer Funktionen, die der Pädagoge im Anfangsunterricht produktiv zu akzeptieren hat. Unser Anliegen war es deshalb, gleichaltrige Großpopulationen in ihrer ganzen inneren Vielfalt in Längsschnittuntersuchungen hinsichtlich altersspezifischer Leitfunktionen zu untersuchen. Damit sollte der Vorteil von Rückschlußverfahren für die Bestimmung prognostischer Valenzen für psychische Leitfunktionen und für die förderdiagnostische Brauchbarkeit von Diagnosehilfen genutzt werden (*Breuer* und *Weuffen* 1986).

2. *Zu einigen Ergebnissen*

Zuerst war die Frage zu beantworten, auf welche sensomotorischen Funktionen der hierarchische Aufbau der Lautsprache angewiesen ist. Im Ergebnis zahlreicher Längsschnittuntersuchungen an weit mehr als 5000 Kindern (Normalsprechenden, Sprachgestörten, Aphasikern, Legasthenikern, Debilen, besonders Begabten, Verhaltensgestörten, Zwillingen) vom vierten bis fünften Lebensjahr bis weit in die Schulzeit, teilweise bis zum Abschluß der Klasse 10 erwiesen sich folgende fünf sensomotorische Fertigkeiten für die Aneignung von Laut- und Schriftsprache als zuständig: die rhythmische, melodische, kinästhetische, phonematische und optische Differenzierungsfähigkeit. Da es sich um sprachbezogene sensomotorische Funktionen handelt, wurden sie als *Verbosensomotorik* bezeichnet. Der Begriff Differenzierungsleistungen wurde aus didaktischen Gründen gewählt, zumal die Fähigkeit zur rezeptiven und produktiven Differenzierung sinnlich-wahrnehmbarer Code-Merkmale der Sprache in diesem Zusammenhang eine besondere Rolle spielt.

2.1. Die rhythmische Differenzierungsfähigkeit

Rhythmische Abläufe begleiten das Leben eines Kindes vom ersten Tag an. Rhythmus geht als Gliederungsprinzip auch in die Sprache ein. Noch bevor das Kind Sprache versteht, erwirbt es die Fähigkeit zur Erfassung von Rhythmen, weil sie für das Kind vitale Bedeutung besitzen. Die Aufeinanderfolge von Aktivität und Pausen, von Betontem und Unbetontem in einer Folge von Gliederungselementen sind in Informationssystemen häufig auftretende Kodierungsmittel. In der Sprache ist Rhythmus in sehr differenzierter Weise ausgeprägt. Oft führt der Weg zum Sinn des Gesprochenen nur über eine exakte Dekodierung dieser rhythmischen Strukturen. Das gilt sowohl für die Wort- als auch für die Satzebene. Die Gliederung im Satz läßt seine Bestandteile, die Wörter und innerhalb der Wörter die Silben und Laute, erkennen. Die äußere Gliederung ist eine Voraussetzung, um den Inhalt zu verstehen. Würden z. B. zwischen den Wörtern keine Pausen bestehen, würden die Betonungsakzente oder Pausen verlagert sein, hätten die Wörter keine bestimmte Reihenfolge, dann wäre das Verständnis für den Inhalt und die Kommunikation sehr erschwert. Von der Betonung der

Wörter und ihrer Stellung innerhalb des Satzes hängt es ab, worauf der Kern der Aussage abzielt. Nachfolgendes Beispiel soll das zeigen. Das betonte Wort ist durch Schrägdruck hervorgehoben:

Meine Mutter schläft. (Es schläft nicht eine andere Mutter, sondern meine.)

Meine *Mutter* schläft. (Es schläft nicht der Vater, nicht die Schwester, sondern die Mutter.)

Meine Mutter *schläft.* (Die Mutter wäscht nicht, kocht nicht, sondern schläft.)

Schläft meine Mutter? (Diese Wortstellung drückt eindeutig eine Frage aus. Die Betonung bestimmt wiederum den Kern der Frage.)

Rhythmische Differenzierung hängt mit akustischen und motorischen Wahrnehmungen eng zusammen. Deshalb ist an Differenzierungsleistungen im Rhythmischen eigentlich ein Ensemble elementarer sensomotorischer Fertigkeiten beteiligt. Dieses Ensemble ist förderungszugänglich. Rhythmische Kinderreime z. B. machen nicht nur Vergnügen, sie lassen sich auch gut behalten und spielen für den sozialen Kontakt eine große Rolle. Kindern mit rhythmischen Störungen gelingt es bei Abzählreimen nicht, entsprechende Koordinierungen zwischen Sprechsilbe und Geste zu vollführen. Dadurch entstehen in dieser Situation Kontaktschwierigkeiten für das Kind, weil es die Situation nicht meistert. Auch bei der Silbentrennung wirkt sich rhythmische Gliederungsfähigkeit aus. Sie beeinflußt die Ausbildung mathematischer Fähigkeiten. Die Dauer der Intervalle z. B. ist jeweils eine bestimmte Größe, die es automatisiert zu erfassen, mit anderen Größen der Dauer zu vergleichen gilt. Unter Umständen ist das ein Grund, weshalb zwischen der rhythmischen Differenzierungsfähigkeit vor Schuleintritt und den Zensuren in Mathematik in der ersten Klasse Beziehungen bestehen.

Rhythmische Differenzierungsfähigkeit stellt insgesamt eine Grundlage für höhere psychische Leistungen dar. Die Fähigkeit, einen Rhythmus richtig zu erkennen und wiederzugeben, ist als Indikator dafür anzusehen, wie das Kind die formalen Muster der Sprache und die feineren Unterschiede und Subtilitäten der Bedeutung beherrscht. Bei agrammatisch sprechenden Kindern treten fast immer deutliche Fehlleistungen bei der Gliederung rhythmischer Reihen auf, auch beim einfachen Zählen. Bei Hilfsschülern dominieren im Ensemble verbosensomotorischer Fehlleistungen rhythmische.

2.2. Melodische Differenzierung

Lange vor dem Verstehen von Sprache und dem Sprechenlernen erlebt das Kind die Bedeutung melodischer Modalitäten. Gefühlszustände werden in melodischen Merkmalen zum Ausdruck gebracht und gewissermaßen als »Untertext« (*Rubinstein* 1977) zum gesprochenen Text mitgeteilt. Gleiche Wörter und Sätze drücken unterschiedliche Inhalte und Erwartungen in Abhängigkeit ihrer Intonation und Melodie aus. Wenn z. B. die Mutter zum Kind sagt: »Schau mich an ...«, dann kann dies — abhängig von der jeweiligen Veranlassung und Situation — zärtlich, bittend, energisch oder drohend gemeint sein. Der Tonfall (die Melodie) fordert jeweils eine unterschiedliche Reaktion des Kindes.

Jeder Mensch hat seine individuelle Sprechmelodie; es gibt auch landschaftlich-regional typische Melodiestereotype, an die ein Kind gewöhnt ist. Es kann deshalb Schwierigkeiten haben, andere Menschen zu verstehen.

Die Fähigkeit zur melodischen Differenzierung, wie sie für die Lautsprache erforderlich ist, erwirbt das Kind vor der Aneignung der Lautsprache. Die Kinder zwischen vier und fünf Jahren unterscheiden sich diesbezüglich z. B. kaum von den fünf- bis sechsjährigen Kindern.

Ohne alle Beziehungen näher zu bestimmen, sei noch auf einen anderen Zusammenhang verwiesen, der die geistige Aktivität des Kindes betrifft. Wenn etwa ein Lehrer einen Sachverhalt vermittelt und erläutert, dann drückt er auch mit melodischen Akzenten beim Sprechen aus, ob der von ihm entwickelte Gedanke wichtig oder nicht wichtig ist, abgeschlossen ist oder weitergeführt wird. Der Lehrer beeinflußt damit in starkem Maße das Mitdenken der Kinder, ihre geistige Aktivität mittels melodischer Modalitäten beim Sprechen. Monotone Sprechweise erschwert bekanntlich auch dem Erwachsenen das Aufrechterhalten der Aufmerksamkeit. Für Schulanfänger ist eine melodisch diffe-

renzierte Sprechweise eine wichtige Brücke für den Zugang zum Inhalt. Mangelt es einem Kind an der Fähigkeit zur melodischen Differenzierung, dann werden Diskrepanzen zwischen seiner geistigen Aktivität und der vom Lehrer beabsichtigten begünstigt. Auch hängen davon Aufmerksamkeit, Konzentration und damit der Lernerfolg ab. Ist die melodische Differenzierung ungenügend entwickelt, dann können Situationsspezifisches und die von emotionalen Merkmalen getragenen Sinnzusammenhänge für ein richtiges Handeln unerkannt bleiben. Beziehungen zum Leseverständnis im Anfangsunterricht und zur Rechtschreibung liegen auf der Hand. Kinder, die nicht verstehen, was sie lesen, zeigen im Tonfall und in der Betonung dafür deutliche Symptome. Selbst sonst Bekanntes wird vom Kind lesend nicht erkannt und deshalb falsch betont. Vom Sinnverständnis hängen die Betonung, die Aussprache, das selektierende Heraushören von einzelnen Wörtern und deren Umsetzung in Geschriebenes ab.

2.3. Die kinästhetische Differenzierung

Sprechen und Schreiben sind ohne automatisierte motorische Muster nicht möglich. Sprech- und Schreibbewegungsvorstellungen der im Gedächtnis gespeicherten kinästhetischen Muster sind für die Aussprache der Laute und Wörter bzw. für deren graphomotorische Umsetzung unentbehrlich. Ist die kinästhetische Differenzierungsfähigkeit unzureichend entwickelt, so können präzise sprechmotorische Muster nicht entstehen und Mängel im sprechmotorischen Vollzug müssen auftreten. Die Fähigkeit zur sprechmotorischen Gliederung ist daher in engem Zusammenhang mit dem erreichten Grad ihrer Automatisierung zu sehen. Weichen das gehörte und das gesprochene Wort von der Norm ab, so wirkt sich das auf die Qualität des Schreibens und Lesens aus.

Ursachen für eine kinästhetische Differenzierungsschwäche können sprechmotorische Retardierungen oder/und eine unzureichende akustische oder rhythmische Gliederungsfähigkeit sein. Schwerhörige oder sprachgestörte Kinder weisen gehäuft Fehler in der kinästhetischen Differenzierung auf.

Sprechbewegungen sind die kompliziertesten Bewegungsabläufe, die ein Mensch beherrschen lernen muß. Diese Feinstmotorik ist mit der Gesamtmotorik in diesem Alter verbunden.

Tabelle 3: Verbosensomotorikniveau und Motorikniveau bei Fünf- bis Sechsjährigen

	Verbosensomotorik	
MQ	gut (n = 32)	schwach (n = 60)
110 und höher	31,2	5,0
90 bis 109	59,4	38,33
89 und weniger	9,4	46,67

MQ ermittelt mit der motorischen Rostock-Oseretzki-Skala (Münzenlegen, Labyrinth durchfahren, dynamische und statische Balance, motorisch-rhythmische Koordination).

Tabelle 3 zeigt, daß Kinder mit verbosensomotorischen Defiziten signifikant weit häufiger Retardierungen in der Grobmotorik zeigten.

2.4. Die phonematische Differenzierung

Sie ist eine typisch menschliche Leistung, die sich nur in der Einheit von Wahrnehmung und Verstehen von Sprache entwickeln kann. Kein anderes Lebewesen erreicht diese Leistung, die eigentlich schon Verstehensleistung ist. Die Fähigkeit, signifikative, aber ähnliche Laute innerhalb eines Wortes genau herauszuhören, ist unerläßlich, um ein gesprochenes Wort inhaltlich zu verstehen.

Phonematische Fehlleistungen führen zur Verwechslung verschiedener, aber klangähnlicher Laute, Rechtschreibfehler sind die Folge. Wem es z. B. nicht gelingt, ein gesprochenes »G« von einem gesprochenen »D« hörend zu unterscheiden, wird das falsch Gehörte niederschreiben, z. B. »Nagel« statt »Nadel«. Das trifft vor allem dann zu, wenn sich der begriffliche Inhalt des Wortes im Bewußtsein nicht deutlich genug abhebt. Das ist zu Beginn des Schreibenlernens der Fall, weil die Kinder die Schreibtechnik als Fertigkeit noch nicht beherrschen und ihre Aufmerksamkeit auf die formal-technische Seite richten. Beginnt das Kind mit der Aneignung der Schriftsprache, dann ist es auf seine Fähigkeit zur phonematischen Differenzierung angewiesen.

2.5. Die optische Differenzierungsfähigkeit

Ihre Entwicklung ist von der »Handtätigkeit« (vom »Greifen«) mehr abhängig als von sprachlichen Stimulierungen. Diese Differenzierungsfähigkeit weist im Ensemble sprachbezogener Wahrnehmungsleistungen eine gewisse Sonderstellung auf. Das kommt auch in Vergleichen von Normalkindern und Debilen deutlich zum Ausdruck.

Die Fähigkeit zum richtigen Erfassen und Wiedergeben optisch wahrgenommener Zeichen wird für das Lesen- und Schreibenlernen benötigt. Werden optische Zeichen in ihrer Struktur ungenau erfaßt oder wiedergegeben, dann werden das Lesen und die graphomotorische Realisierung beeinträchtigt. Die exakte und automatisierte Wahrnehmung der optischen Modalitäten von Schriftzeichen hat zu sichern, daß der Schreib- und Lesevorgang von Lernbeginn an als Einheit von Fertigkeit und Verstehen verlaufen kann. Bekanntlich unterscheiden sich Buchstaben oft nur in einzelnen Elementen ihrer optischen Struktur: z. B. gleiche Elemente mit unterschiedlicher Richtungslage bei »b« und »d«, gleiche Elemente mit unterschiedlicher Anzahl und gleicher Richtungslage bei »m« und »n« usw. Eine Sicherheit in der optischen Differenzierung im Rahmen der durch die Schriftsprache geforderten Genauigkeit ist vom Kind möglichst bis zum Schuleintritt zu erreichen.

3. *Sprachwahrnehmungsleistungen (Verbosensomotorik) im Vorschulalter und Schulerfolg*

Zur Bestimmung der Langzeitwirkung des Niveaus vorschulischer Sprachwahrnehmungsleistungen (Verbosensomotorik) konnte u. a. eine Längsschnittuntersuchung genutzt werden, in welcher 648 Kinder vom letzten Vorschuljahr bis zum Abschluß der Klasse 10 einbezogen waren. In der Qualität der Schulabschlüsse nach elf (!) Jahren kommen deutliche Beziehungen zur Qualität der genannten sprachbezogenen Basisfunktionen zum Ausdruck. In Tabelle 4 wird gegenübergestellt, wieviel Prozent der Schüler mit gutem bzw. schwachem Verbosensomotorikniveau an den einzelnen Prädikaten auf den Abschlußzeugnissen beteiligt sind. In der Gruppe »Ausreißer« sind jene Schüler erfaßt, die den Abschluß der Klasse 10 nicht oder später erreichen.

Tabelle 4: Vorschulkinder mit unterschiedlichen verbosensomotorischen Startbedingungen im ersten Schuljahr und ihre Abschlußprädikate Klasse 10

	ein Jahr vor Schulbeginn	
Abschlußprädikat auf dem Zeugnis	gutes verbosensomotorisches Niveau (n = 34)	schwaches verbosensomotorisches Niveau (n = 56)
»ausgezeichnet«	8,8	—
»sehr gut«	17,6	5,4
»gut«	58,8	16,1
»befriedigend«	11,8	21,5
»bestanden«	3,0	17,9
»Ausreißer«	—	39,2

In Tabelle 5 wird dargestellt, welche Durchschnittsprädikate auf dem Abschlußzeugnis von Schülern erreicht wurden, die im Vorschulalter eine unterschiedliche Anzahl defizitärer Wahrnehmungsbereiche aufwiesen.

Tabelle 5: Verbosensomotorisches Niveau im Vorschulalter und erreichte Abschlußzensur in Klasse 10 (n = 513)

Anzahl der verbosensomotorischen Bereiche, in denen Defizite im Vorschulalter festgestellt wurden	Durchschnittsprädikat des Abschlußzeugnisses Klasse 10
0 (n = 48)	1,9
1 (n = 142)	2,1
2 (n = 132)	2,4
3 (n = 129)	2,5
4 (n = 49)	2,7
5 (n = 13)	2,8

Kinder, die den Abschluß der zehnten Klasse nicht oder verspätet erreichten, wiesen *vor* Schuleintritt durchweg schwache Sprachwahrnehmungsleistungen auf. Vorschulkinder mit guten verbosensomotorischen Voraussetzungen hatten praktisch eine komplikationslose Schullaufbahn. Nicht alle Kinder mit retardierter Verbosensomotorik ein Jahr vor Schulbeginn hatten später in der Schule Probleme, doch diese nahmen mit der Schwere des Defizits zu. Diese heterogene Schullaufbahn bei verbosensomotorischen

Defiziten ein Jahr vor Schuleintritt ergibt sich aus der unterschiedlichen Determination und Entwicklungsdynamik dieser basalen Funktionen. Es konnte nachgewiesen werden, daß reifungsbedingte bzw. zentral verursachte Rückstände langzeitlich ungünstiger wirken als sozial-kulturell bedingte (*Breuer* 1982). Das zeigte sich z. B. in den Ergebnissen von Kontrolldiktaten. Jene verbosensomotorisch retardierten Kinder, die intakte sprachphysiologische Parameter z. B. in der Kontraktionszeit der Artikulationsmuskulatur aufwiesen, erreichten im Kontrolldiktat eineinhalb Jahre später durchschnittlich sieben Fehler, während verbosensomotorisch retardierte Kinder, bei denen außerdem retardierte sprachphysiologische Parameter festgestellt wurden, im gleichen Kontrolldiktat durchschnittlich 15 Fehler machten. (Die durchschnittliche Fehlerzahl der Gesamtpopulation, n = 599, betrug 4,6.)

Als letzter Beleg für die Langzeitwirkung des vorschulischen Niveaus sprachbezogener Wahrnehmungsleistungen seien besonders erfolgreiche Schüler herangezogen. Tabelle 6 zeigt im Rückschlußverfahren, daß jene Schüler, die von Klasse 1 bis Klasse 6 in den Fächern Deutsch, Mathematik und Fremdsprache ausschließlich die Zensur »1« auf dem Zeugnis hatten, deutlich bessere vorschulische Sprachwahrnehmungsleistungen aufwiesen als eine Normalpopulation. Ein schwaches Verbosensomotorikniveau kam bei diesen Schülern im Vorschulalter niemals vor.

Tabelle 6: Verbosensomotorikniveau im Vorschulalter bei besonders erfolgreichen Schülern und der gleichaltrigen Normalpopulation (erreichte Sicherheit in Prozent)

In wieviel Wahrnehmungsbereichen besteht Sicherheit?	Normalpopulation n = 228	besonders erfolgreiche Schüler n = 32
in 5	8,3	49,9
4	22,4	40,9
3	30,2	9,2
2	23,3	—
1	13,7	—
0	2,1	—

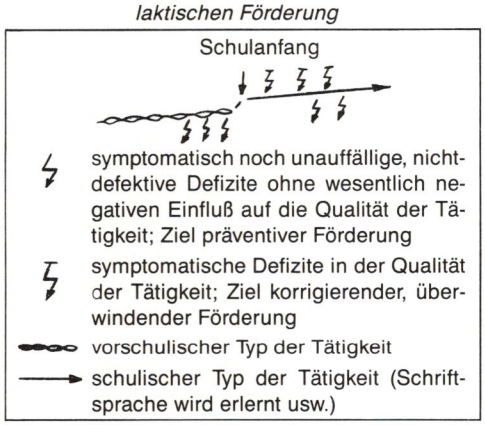
Damit bietet sich die Frühdiagnose sprachbezogener Wahrnehmungsleistungen auch als Möglichkeit zur Früherkennung potentiell begabter Kinder im Vorschulalter an.

4. *Zusammenfassende Bemerkungen*

— Sprachbezogene sensomotorische Funktionen stellen am Ende des Vorschulalters offensichtlich Brückenfunktionen für die weitere sprachliche und intellektuelle Entwicklung dar. Sie sollten deshalb im Ensemble förderdiagnostisch-prophylaktisch orientierter Vorgehensweisen immer beachtet werden.

— Pädagogisch-psychologische Reihenuntersuchungen sind dabei anzustreben, weil subtilere Defizite unter den Alltagsbedingungen des vorschulischen Tätigkeitstyps nicht auffallen. Sie geben sich erst in der nächsten (schulischen) Zone der Entwicklung zu erkennen und können von der Kindergärtnerin deshalb nicht ohne Beobachtungshilfen erkannt werden (*Haby* 1988). Symptomorientierte Vorgehensweisen während des Anfangsunterrichts haben es immer mit den Folgen einer Habitualisierungsgeschichte zu tun, sie treffen auch auf ungünstigere motivationale Bedingungen beim förderbedürftigen Kind als vor der Schule. Der Unterschied zwischen präventiver und symptomatischer Hilfe ist in der Abbildung 1 angedeutet.

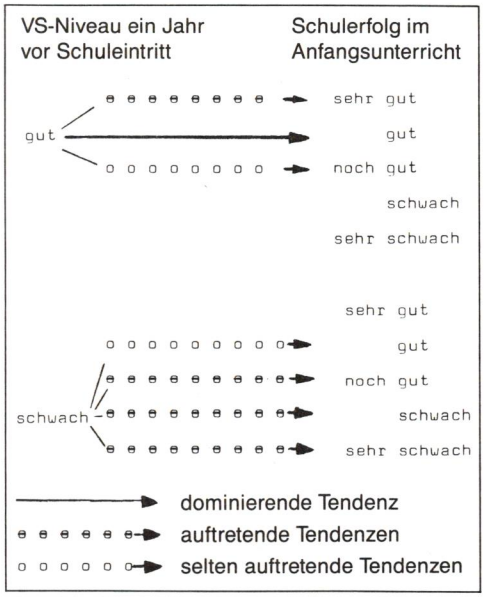
Abbildung 1: Schema für den Unterschied einer symptomorientierten bzw. prophylaktischen Förderung



— Prophylaktisch orientierte Förderung trägt das Risiko, daß in der verbleibenden

Zeit im Vorschulalter u. U. bis zum Schuleintritt diagnostizierte verbosensomotorische Defizite auch ohne Förderung vom Kind überwunden werden. Dieses Risiko liegt jedoch im Interesse des Kindes. Es verringert sich im Ergebnis der Einheit von Diagnose und Förderung. Eine »unnötig« praktizierte Förderung macht sich selbst bald überflüssig. Weit ungünstiger wäre es, ein Kind vor der Schule nicht zu fördern, obwohl es seine (unerkannten) verbosensomotorischen Defizite ohne Hilfe nicht überwinden kann. Reihenuntersuchungen, wie sie für die medizinische Prophylaxe selbstverständlich sind, sollten auch auf signifikative psychophysische Funktionen innerhalb bestimmter Altersabschnitte angewandt werden, um frühzeitig geeignete pädagogische Ansatzstellen für eine Frühförderung aufzudecken. Abbildung 2 faßt die Beziehungen zwischen dem Zeitpunkt derartiger Diagnosen und der prognostischen Valenz ihrer Befunde zusammen. Wird für signifikative psychische Funktionen frühzeitig ein gutes Niveau ermittelt, dann ist praktisch sicher, daß die höheren Anforderungen des kommenden Tätigkeitstyps erfolgreich bewältigt werden. Wird dieses gute Niveau später erreicht, fehlt das »Festigungsplateau«. Das kann Schwierigkeiten begünstigen. Ein frühzeitig ermitteltes schwaches Niveau kann mit ganz unterschiedlichen Bewährungen in der nächsten Etappe der Entwicklung rechnen, ist also prognostisch weniger eindeutig. Abhängig ist die Prognose einerseits von der Bedingtheit des Rückstandes, andererseits von den pädagogischen Anregungsbedingungen in der verbleibenden Zeit bis zur Bewährung. Bestehen noch kurz vor dieser Rückstände im Niveau der erkannten psychischen Leitfunktionen, dann ist mit Schwierigkeiten zu rechnen.

Abbildung 2: Prognostische Valenz eines unterschiedlichen verbosensomotorischen Ausgangsniveaus ein Jahr vor Schuleintritt (Tendenzen)



In diesem Beitrag konnten nur einige Ergebnisse aus Längsschnittuntersuchungen zur Erkundung prophylaktischer Möglichkeiten zur Unterstützung der Persönlichkeitsentwicklung von Kindern dargelegt werden. Im Prinzip dürfte das Anliegen, im Zusammenhang mit Entwicklungsproblemen von Kindern nach signifikativen psychischen Brükkenfunktionen und entsprechenden pädagogischen Ansatzstellen für Frühförderung zu suchen, auch auf andere Problemlagen übertragbar sein.

Literatur

Breuer, H.: Zur prophylaktischen Einschränkung von Lernschwierigkeiten im Anfangsunterricht. In: Beiträge zur Pädagogik. Berlin 29 (1982), S. 19—49.

Breuer, H., und Kasten, M.: Zur emotionalen Grundstimmung von weniger erfolgreichen Schulanfängern. In: Beiträge aus der Arbeit der Erziehungsberatungsstelle Greifswald 6 (1984), S. 30—36.

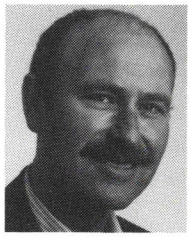
Breuer, H., und Weuffen, M.: Gut vorbereitet auf das Lesen- und Schreibenlernen. Berlin (DDR) 1986[6].

Haby, K.-D.: Zur Früherkennung und Frühförderung verbosensomotorischer und lautsprachli-

cher Fähigkeiten durch Kindergärtnerinnen. Diss. Greifswald 1988.
Klix, F.: Kognitives Lernen. In: Gesellschaft für Psychologie der DDR, 7. Kongreß. Kongreßband / Teil 1, 1988, S. 77.
Lehmann, W., Breuer, H., und Steingart, K. M.: Beziehungen zwischen Motorik und Verbosensomotorik im Vorschulalter. Ärztliche Jugendkunde 71 (1980), S. 139—147.
Pawlow, I. P.: Sämtliche Werke. Berlin (DDR) 1953 und 1954.
Radigk, W.: Lesenlernen. Berlin (West) 1979.
Rubinstein, S. L.: Grundlagen der allgemeinen Psychologie. Berlin (DDR) 1977.
Weuffen, M.: Aspekte des Zusammenhangs zwischen Verbosensomotorik und Laut- und Schriftsprache. Die Sonderschule 25 (1980), S. 142—150.

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. sc. Helmut Breuer
Dostojewskistraße 2 a
DDR-2200 Greifswald
Professor Dr. Helmut Breuer ist Direktor der Sektion Erziehungswissenschaften und Leiter des Wissenschaftsbereiches Pädagogische Psychologie der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald.

Die Sprachheilarbeit 34 (1989) 2, S. 64—71



Rolf Rameckers, Göttingen (für Bevenroder Arbeitskreis)

Die Flexible Eingangsstufe

Ein Vorschlag zur Verbesserung der Integrationschancen sprachbehinderter Schüler

Zusammenfassung

Oberstes Ziel der Schulen/Klassen für Sprachbehinderte ist die Integration sprachbehinderter Schüler in das Regelschulsystem. Dieses Ziel wird gegenwärtig nicht oder nur unbefriedigend erreicht. Die zur Verfügung stehende Unterrichts- und Therapiezeit reicht zur Beseitigung der umfänglichen Sprachbehinderungen (einschließlich der primären und sekundären Fehlentwicklungen) und zur Erfüllung der am Regelschulsystem orientierten Lehrpläne nicht aus. Somit vergrößert sich der Leistungsabstand zwischen Sprachbehinderten- und Regelklassenschülern, bei gleichzeitiger Verringerung der Integrationschancen. Mit dem Konzept der *Flexiblen Eingangsstufe* werden Vorschläge unterbreitet, wie die Diskrepanz zwischen der Zeit zur Durchführung notwendiger Maßnahmen und der zur Verfügung stehenden Zeit überwunden werden kann.

1. Vorbemerkungen

Viele sprachbehinderte Kinder haben große Schwierigkeiten bei der Bewältigung der am Regelschullehrplan orientierten schulischen Leistungsanforderungen. Spätestens beim Übergang von der Sprachbehindertenklasse (SB-Klasse) in die Bezirksgrundschule oder in die Orientierungsstufe werden die Probleme offenkundig. Das hat die in dem *»Bevenroder Arbeitskreis für Sprachbehindertenpädagogik«* zusammenarbeitenden Sonderschullehrer und Sonderschullehrerinnen veranlaßt, die Ursachen dafür zu ergründen und eine umfassende Konzeption zur Verbesserung des Bildungsweges für sprachbehinderte Schüler zu erarbeiten. Die Gesamtkonzeption umfaßt folgende Bereiche:

— Frühförderung
— *Flexible Eingangsstufe*
— Begleitende Förderung und nachsorgende Betreuung (nach Verlassen der Sprachbehindertenschulen/-klassen).

Im hier vorgestellten Modell wird auf den Bereich der *Flexiblen Eingangsstufe* eingegangen. Die Konzeption soll auf der Grundlage bereits bestehender Richtlinien, Erlasse und Empfehlungen Möglichkeiten für eine Verbesserung der gegenwärtigen Situation aufzeigen. Angesichts der landesweit unter-

schiedlichen Rahmenbedingungen der schulischen Einrichtungen für Sprachbehinderte muß diese Konzeption variabel gehandhabt werden, um regionale Besonderheiten, neue wissenschaftliche Erkenntnisse und Praxiserfahrungen berücksichtigen zu können. Eines sei aber besonders angemerkt: Eine Verbesserung der Integrationsvoraussetzungen erfordert nicht nur die Änderung formaler Rahmenbedingungen, wie sie hier vorgeschlagen werden, sondern vor allem eine inhaltlich verbesserte Arbeit. Unter Berücksichtigung der individuellen Lernvoraussetzungen der Schüler muß später ein Curriculum mit Möglichkeiten des »sprachtherapieorientierten Unterrichts« (nach *Dannenbauer/Dirnberger* 1981) entworfen werden.

2. Situationsanalyse

2.1. Beschreibung der Schüler

»Als sonderschulbedürftig sprachbehindert gelten Kinder und Jugendliche, bei denen schwerwiegende Sprachbehinderungen vorliegen, die durch schulbegleitende oder zeitlich begrenzte stationäre Maßnahmen nicht behebbar sind. Solche Sprachbehinderungen sind z. B.

— hochgradige Entwicklungsverzögerungen der Sprache mit den Symptomen des multiplen oder universellen Stammelns und/oder des Dysgrammatismus,
— Stottern,
— früh erworbene Störungen der ausgebildeten Sprache, wie Aphasie, Dysphasie,
— zentrale Entwicklungsbehinderung der Sprache, wie Stummheit, akustische Agnosie,
— psychogene Stummheit,
— Poltern,
— schwere Stimmstörungen,
— schwere Sprachbehinderungen als Folge krankhafter Veränderungen der Sprechorgane.

Diese Behinderungen führen insbesondere dann zu Sonderschulbedürftigkeit, wenn sie bereits mit erheblichem subjektiven Störungsbewußtsein sowie Anzeichen von Fehlverhalten im personalen und sozialen Bereich verbunden sind, die Kommunikationsfähigkeit einschränken und den Schüler daran hindern, im Rahmen der sonstigen allgemeinbildenden Schule zur vollen Entfaltung seiner Leistungsfähigkeit sowie zur optimalen Persönlichkeits- und Sozialentwicklung zu gelangen« (Verwaltungsvorschriften zur Verordnung des Niedersächsischen Kultusministers über Aufnahme und Überweisung in die Sonderschule und über Sonderunterricht vom 5. Juli 1977, S. 7 f.).

Die obigen Ausführungen dürfen nicht zu der Annahme verleiten, daß wir es hier mit Schülern zu tun haben, die sich von den Regelschülern eben nur durch eine zusätzliche, isolierte Sprachbehinderung unterscheiden. Mehrere Autoren haben beschrieben, daß dies in der Regel nicht zutreffend ist:

»Da amtlicherseits die Aufnahme von Kindern mit Intelligenz-, Sinnes- und gravierenden körperlichen Defekten ausgeschlossen wird, scheint also der Sprachheilschule ein Bild eines Schülers zugrunde zu liegen, das sich bezüglich der kognitiven Fähigkeiten, des Lern- und Leistungsverhaltens, der sozialen und emotionalen Entwicklung nur geringfügig von dem des Regelschülers unterscheidet. Die Wirklichkeit jedoch sieht anders aus: Der emotional stabile, altersgemäß entwickelte, lern- und leistungsfähige und -willige, sozial kontaktfähige und integrierte, womöglich noch in einem intakten und vernünftigen Mittelschicht-Elternhaus geborgene Schüler (der eben nur eine Sprachstörung hat) ist eine extreme Seltenheit in der Sprachheilschule, wenn nicht gar eine Fiktion. Der Regelfall sieht eher so aus, daß in einer primären und/oder sekundären Verbindung mit der Sprachbehinderung Beeinträchtigungen und Fehlentwicklungen im Persönlichkeitsbereich, im Sozialverhalten, in der Motivation, bei Begriffsbildung und Denken, Konzentration, Wahrnehmung, Grob- und Feinmotorik, Wissen und Interessen, Gedächtnis usw. stehen (vgl. *Knura* 1973, 1974; *Braun* 1974; *Holtz* 1979; *Baumgartner* 1980 u. a.)« (*Dannenbauer/Dirnberger* 1981, S. 313 ff.).

Die von *Dannenbauer/Dirnberger* und anderen aufgezeigte Problematik kann durch eigene Praxiserfahrungen und Datenerhebungen bestätigt werden. Nach zur Zeit noch unsystematischen Beobachtungen können wir darüber hinaus eine Zunahme von Häufigkeit und Schweregrad der verschiedenen Sprachstörungen beim einzelnen Schüler feststellen. Diese Tendenz ist auch durch das Ergebnis einer Umfrage der Fachgruppe Sonderschulen (Bundesfachkreis Sprachbehindertenpädagogik) der GEW zur »Veränderung der Schülerschaft an Schulen für Sprachbehinderte« bestätigt worden:

— »Der Anteil mehrfachbehinderter Kinder ist deutlich größer geworden.
— Es werden mehr sprachbehinderte Kinder mit Sozialisationsdefiziten und Lernstörungen aufgenommen.
— Der Anteil ausländischer Schüler verändert sich kaum« (*Leune* 1984, S. 12).

2.2. Beschreibung der schulischen Rahmenbedingungen

2.2.1. Der rechtliche Rahmen

Die Schulen/Klassen für Sprachbehinderte sind in allen Bundesländern als eine Sonderform der Regelschule konzipiert. Sie arbeiten im allgemeinen nach den Lehrplänen der Regelschule und müssen als Durchgangseinrichtungen jederzeit offen sein für Um- und Rückschulungen. In Niedersachsen fehlen gegenwärtig noch Richtlinien für die Schulen für Sprachbehinderte. Es gelten die *»Empfehlungen für den Unterricht in der Schule für Sprachbehinderte (Sonderschule)«* der Kultusministerkonferenz vom 10. November 1978; darin heißt es u. a. (S. 27 f.): »Der Schule für Sprachbehinderte sind die Pläne für den Unterricht der allgemeinen Schulen zugrunde zu legen.« Das bedeutet für den Bereich der *Flexiblen Eingangsstufe* die Berücksichtigung der Grundschulrichtlinien und -erlasse, darüber hinaus aber auch solcher Bestimmungen, die sonderpädagogische Arbeit und die Aufnahme und Überweisung in die Sonderschule regeln.

2.2.2. Der Zeitrahmen

Das große Problem, vor dem Sprachbehindertenschulen/-klassen stehen, ist das Mißverhältnis zwischen den unter Punkt 2.1 aufgeführten Sprachbehinderungen mit den sie begleitenden Beeinträchtigungen und Fehlentwicklungen einerseits und der zu ihrer Beseitigung zur Verfügung stehenden Unterrichts- und Therapiezeit andererseits.

»Der Lehrer muß also so unterrichten, daß seine Schüler trotz vielfacher Lern- und Verhaltensstörungen, trotz unterschiedlicher Beeinträchtigungen der Entwicklungsbedingungen und Sprachfähigkeit usw. im großen und ganzen die kognitiven und instrumentellen Lernziele des Grundschulcurriculums erreichen und daß dabei nicht nur die Sprachstörungen, sondern auch die Bedingungs-, Begleit- und Folgestörungen wirkungsvoll behoben werden. Und alles in der gleichen Zeit, in der die (streßgeplagte) Regelschule den gleichen Lehrplan erfüllt! Wie soll das gelingen können?« (*Dannenbauer/Dirnberger* 1981, S. 315).

2.2.3. Der methodisch-didaktische Rahmen

Der Sprachbehindertenlehrer steht nicht nur unter Zeitdruck. Er muß auch mit Grundschulbüchern arbeiten, deren Inhalte er ständig sprachtherapieorientierten Unterrichtserfordernissen anzupassen hat. Diese didaktisch-methodische Aufbereitung muß immer wieder neu geleistet werden.

»Welche Mittel, welche wissenschaftlichen handlungsrelevanten Orientierungshilfen findet der Sprachheillehrer vor? Welche erprobten Modelle und praktischen Ansätze liefert die Sprachbehindertenpädagogik für diese komplexe, schwierige Kernaufgabe?« (*Dannenbauer/Dirnberger* 1981, S. 315).

Leider bietet die Sprachbehindertenpädagogik dem Lehrer nur allgemeingehaltene und unsystematische Diskussionsbeiträge oder globale Forderungen, aber keine direkten Lösungsmöglichkeiten für seine täglichen Probleme.

»Zusammenfassend läßt sich sagen, daß es eine Sprachbehindertendidaktik, die dem Lehrer bei der Erfüllung seiner schwierigen Aufgabe umfassende und konkrete Hilfestellung leisten könnte, derzeit nicht gibt (*Knura* 1980, S. 419)« (vgl. *Dannenbauer/Dirnberger* 1981, S. 315).

2.3. Schlußfolgerungen

Da oft unter hohem Zeitaufwand erst die Voraussetzungen für schulisches Lernen geschaffen werden müssen, vergrößert sich der Leistungsabstand zu Schülern der Regelschule immer mehr, so daß eine permanente Verringerung der Integrationsmöglichkeiten die Folge ist. Wie kann unter diesen Bedingungen die Integration sprachbehinderter Schüler verbessert werden? Der *Bevenroder Arbeitskreis* ist zu Schlußfolgerungen gekommen, die im Konzept der *Flexiblen Eingangsstufe*[1] münden: Es muß ein Eingangsstufensystem geschaffen werden, das flexibel, differenzierend und durchlässig genug ist, das

[1] *Anmerkung:* Nach Fertigstellung des Konzeptes hat der *Bevenroder Arbeitskreis* erfahren, daß seit dem Schuljahr 1982/83 an fünf bayerischen Schulen für Behinderte sogenannte Sonderpädagogische Diagnose- und Förderklassen als Schulversuch eingerichtet wurden. In diesen Klassen wird mit einem vergleichbaren Konzept wie dem der *Flexiblen Eingangsstufe* gearbeitet (vgl. auch *Heilmann/Zitzelsberger* 1987). Auch in Nordrhein-Westfalen sind in den Sprachbehindertenschulen für die ersten beiden Grundschuljahre drei Schulbesuchsjahre gesetzlich eingeführt (vgl. *Die Schule in Nordrhein-Westfalen* 1980).

die unterschiedlichen Sprach- und Lernvoraussetzungen der einzelnen Schüler berücksichtigt und das einen optimalen Lernfortschritt gewährleistet. Gleichzeitig muß es schwerer beeinträchtigten Schülern mehr Zeit und gezielte Förderung zu einem Zeitpunkt bieten können, der *vor* oder am *Beginn* der Schulzeit liegt; sonst vergrößert sich der Lernabstand zu den Schülern der Regelschule bei gleichzeitiger Verringerung der Integrationschancen.

3. Realisation der Flexiblen Eingangsstufe

Die *Flexible Eingangsstufe* (vgl. Abbildung 1 auf Seite 68) besteht aus folgenden eng kooperierenden Teilbereichen:

— eine oder mehrere *Sprachbehindertenklassen,*
— dem *Förderunterricht,*
— eine oder mehrere *Eingangsklassen,*
— dem *Schulkindergarten.*

Der Aufnahme in einen dieser Teilbereiche gehen während einer ca. dreimonatigen *Schuleingangsphase Sprachüberprüfungsverfahren* und *Differentialdiagnosen nach förderdiagnostischen Prinzipien* voraus.

3.1. Aufnahme- und Überprüfungsverfahren sprachauffälliger schulpflichtiger Kinder

3.1.1. Die Meldung

Sprachauffälligkeiten schulpflichtiger Kinder werden häufig von

— Schulkindergärten,
— Sprachheilkindergärten,
— Sprachbehindertenheimen,
— Gesundheitsämtern (Schulärzten),
— Grundschulen,
— Erziehungsberechtigten

bemerkt oder festgestellt und über den Schulleiter der Bezirksgrundschule des jeweiligen Einzugsbereiches an das zuständige Schulaufsichtsamt gemeldet (vgl. § 3 [1] der *Verordnung des Niedersächsischen Kultusministers über Aufnahme und Überweisung in die Sonderschule und über Sonderunterricht* 1977, S. 214).

3.1.2. Die Sprachüberprüfung

Die Überprüfung gemeldeter sprachauffälliger Kinder findet in dem nach Erlaß geregelten Zeitrahmen statt. Ziel der Überprüfung ist u. a. die Beantwortung folgender Fragen:

— Liegt eine Sprachbehinderung vor?
— Welche Ursachen und Begleiterscheinungen hat diese Sprachbehinderung?
— Liegt eine sonderschulbedürftige Sprachbehinderung vor; ist sie so schwerwiegend, daß sie durch schulbegleitende oder zeitlich begrenzte stationäre Maßnahmen nicht behebbar ist und der Schüler durch eine allgemeinbildende Schule nicht ausreichend gefördert werden kann?
— Liegen außer der Sprachbehinderung noch andere Auffälligkeiten aus den Bereichen Sinnesschädigung, Körperbehinderung, Lernbehinderung oder geistige Behinderung vor?
— Welche ist die dominierende Behinderung?
— Welcher Schultyp verspricht die bestmögliche Förderung des Kindes?
— Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, daß der Schüler in der (als Sonderform der Regelschule und Durchgangseinrichtung konzipierten) Sprachbehindertenschule/-klasse rehabilitiert und in die Regelschule integriert werden kann?

Die Beantwortung dieser Fragen findet Berücksichtigung im Beschulungsvorschlag des Sonderpädagogischen Gutachtens.

3.1.3. Die Zuweisung

Die untere Schulbehörde trifft aufgrund der Empfehlungen der untersuchenden Sprachbehindertenlehrer die Entscheidung über die Beschulungsart und weist die Schüler ggf. den Schulen/Klassen für Sprachbehinderte oder dem Schulkindergarten zu.

3.2. Organisation der *Flexiblen Eingangsstufe*

Damit Fördermaßnahmen ohne Zeitverlust einsetzen können, muß zu Beginn der Schuleingangsphase eine *Differentialdiagnose nach förderdiagnostischen Prinzipien* durchgeführt werden. Diese beinhaltet Untersuchungen

— der individuellen Sprachentwicklung,
— der Art und des Schweregrades der Sprachauffälligkeit,
— des Entwicklungsstandes der Sozialisation,

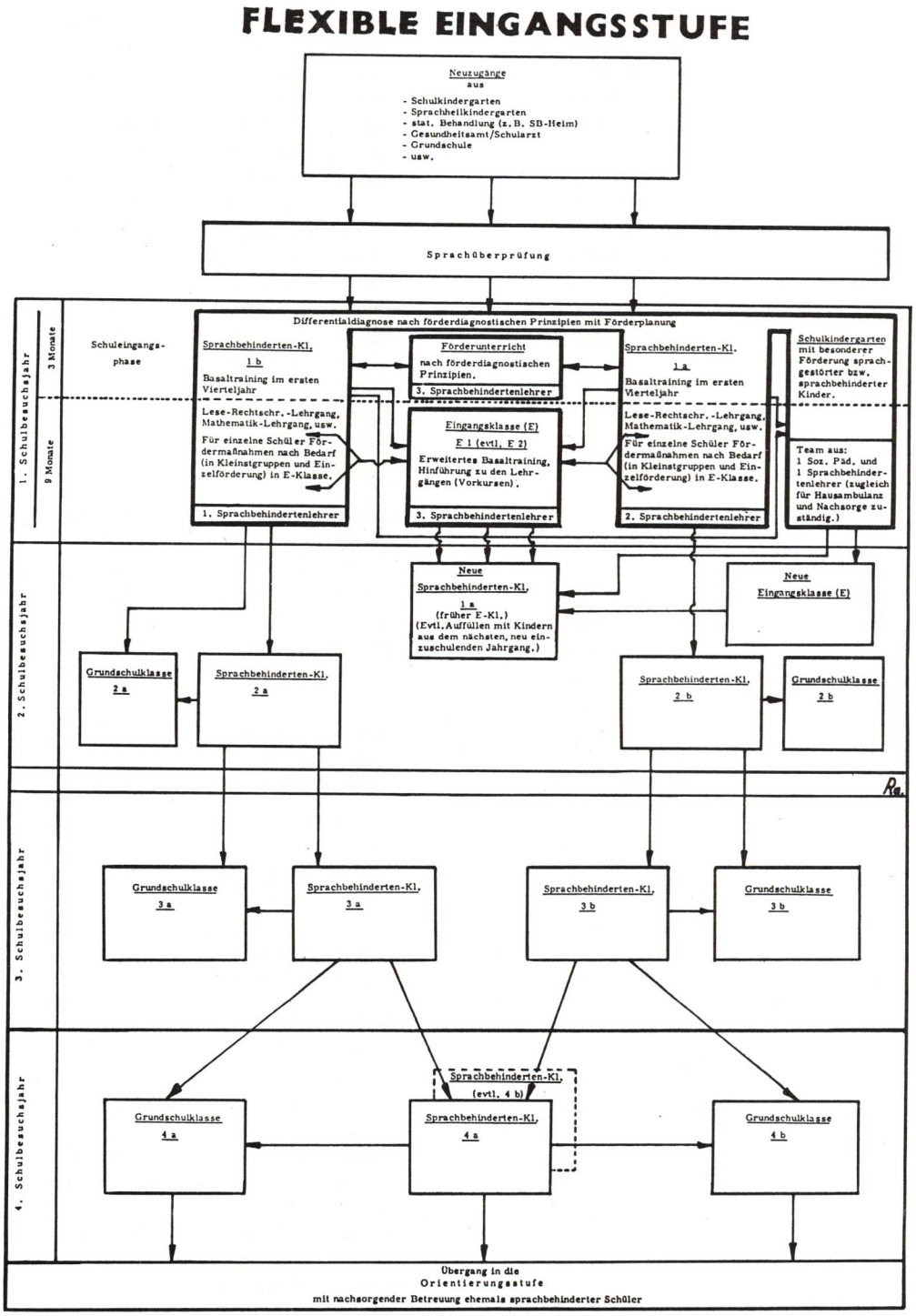


Abbildung 1: Flexible Eingangsstufe

— des Spiel- und Arbeitsverhaltens,
— der Kognition und
— des »Niveaus der automatisierten sensomotorischen Fertigkeiten« (nach *Breuer/Weuffen* 1975).

Die gewonnenen Daten bilden die Grundlage zur Erstellung individueller Förderpläne.

Nach Möglichkeit beginnen alle Schüler ihre Schullaufbahn in einer von zwei *Klassen für Sprachbehinderte* (SB-Klassen 1 a und 1 b). Für die Betreuung der beiden Klassen sind zunächst drei Sonderschullehrer mit der Fachrichtung Sprachbehindertenpädagogik vorgesehen. Für jede Klasse steht eine Lehrkraft zur Verfügung. Der dritte Sonderschullehrer führt gezielte Fördermaßnahmen durch; er soll nach der ca. drei Monate dauernden *Schuleingangsphase* die *Eingangsklasse* (E-Klasse) übernehmen. An den Fördermaßnahmen nehmen Schüler aus beiden Klassen teil. Dieses Verfahren garantiert die Doppelbesetzung während der Förderung und erspart den Schülern der später einzurichtenden Eingangsklasse den Wechsel der Bezugsperson. Kann nur eine Klasse für Sprachbehinderte eingerichtet werden, arbeiten zwei Kollegen nach dem gleichen Prinzip. Wenn notwendig, werden zwei *Eingangsklassen* E 1 und E 2 gebildet.

3.3. Organisation des Unterrichts in der *Flexiblen Eingangsstufe*

Der Unterricht erfolgt nach dem Prinzip der inneren und äußeren Differenzierung. Im Unterricht der Klassen 1 a und 1 b wird ca. drei Monate ein individuelles, den Lernvoraussetzungen der Schüler entsprechendes *Basaltraining* durchgeführt, das einerseits ausgerichtet ist auf allgemeine Behinderungsdaten der Gruppe sprachgestörter Schüler und andererseits auf spezifische Anforderungen des nach der *Schuleingangsphase* einzusetzenden Lese-, Rechtschreib- und Mathematiklehrganges (entsprechend den Rahmenrichtlinien der Grundschule).

Die besonderen Fördermaßnahmen des *Förderunterrichts* basieren auf den Ergebnissen der Förderdiagnose und systematischer Schülerbeobachtungen während der ersten Schulwochen. Der Förderunterricht wird von dem dritten Sprachbehindertenlehrer entweder extern oder unterrichtsbegleitend als Einzel- oder Kleingruppenunterricht durchgeführt. Die Arbeit in der *Flexiblen Eingangsstufe* erfordert besonders während der *Schuleingangsphase* eine enge Kooperation der beteiligten Lehrkräfte und eine exakte Koordination der Fördermaßnahmen.

4. *Entscheidungen am Ende der Schuleingangsphase*

Am Ende der *Schuleingangsphase* (nach ca. drei Monaten) wird gemeinsam mit den Eltern über die weitere Schullaufbahn des Schülers entschieden:

— Einweisung in den Schulkindergarten oder
— Zuweisung in die Eingangsklasse oder
— Verbleiben in der SB-Klasse oder
— in Ausnahmefällen Zuweisung in eine Grundschulklasse mit begleitenden sprachlichen Fördermaßnahmen (Sonderunterricht für Sprachbehinderte nach § 13 der Verordnung).

Der Besuch des *Schulkindergartens* mit besonderer Förderung sprachgestörter bzw. sprachbehinderter Kinder wird empfohlen, wenn Kinder in ihrem sozialen und emotionalen Spiel- und Arbeitsverhalten besonders förderungsbedürftig und den Anforderungen der E-Klasse voraussichtlich nicht gewachsen sind. Im Schulkindergarten befinden sich bereits Schüler, die aufgrund schulärztlicher Diagnose eingewiesen, jedoch nicht notwendig auch sprachbehindert sind. Der Schulkindergarten wird in Kooperation von einem Sozialpädagogen und einem Sonderschullehrer mit der Fachrichtung Sprachbehindertenpädagogik betreut.

Die *Eingangsklasse* ist für Schüler vorgesehen, die neben der sprachlichen Störung eine ungünstige Ausgangslage für die Lehrgänge zeigen. Sie benötigen neben der sprachlichen Förderung eine Förderung der Sensomotorik und der Kognition. In der E-Klasse stehen im Mittelpunkt des Unterrichts ein intensives Training der Wahrnehmung und des sozialen Lernens sowie Vorkurse des Lese-, Rechtschreib- und Mathematiklehrganges. Die Durchlässigkeit zwischen SB-Klassen und der E-Klasse sollte gewähr-

leistet sein. Einzelne Schüler der SB-Klassen 1 a und 1 b können bei Bedarf an den obengenannten Maßnahmen teilnehmen. Ebenso können gute E-Klassenschüler in einzelnen Fächern am Unterricht der SB-Klassen teilnehmen. In den SB-Klassen verbleiben die Schüler, die aller Voraussicht nach die erste Klasse ohne größere Schwierigkeiten durchlaufen werden und bei denen gute Integrationschancen bestehen.

5. Zweites Schulbesuchsjahr

Nach dem ersten Schulbesuchsjahr gehen die Schüler der beiden SB-Klassen 1 a und 1 b in die SB-Klassen 2 a und 2 b über. Die E-Klasse wird als neue SB-Klasse 1 a weitergeführt; das bedeutet für diese Schüler die Verlängerung der Schulzeit um ein Jahr.

Schüler des *Schulkindergartens* haben zwei Möglichkeiten, die erste Sprachbehindertenklasse zu erreichen,

a) direkt nach Beendigung des Schulkindergartens oder
b) über die Eingangsklasse (z. B. bei Schülern mit einer besonders ungünstigen Ausgangslage);

das bedeutet für diese Schüler die Verlängerung der Schulzeit um ein bzw. zwei Schuljahre.

6. Möglichkeiten der Integration

Integrationsbestrebungen sollten bereits ab Klasse 1 einsetzen. Gute Möglichkeiten frühzeitiger Integration bieten SB-Klassen an Grundschulen, wenn bestimmte schulorganisatorische, materielle, personelle und konzeptionelle Voraussetzungen erfüllt werden. So kann z. B. durch Kooperation mit einer Partnerklasse gleicher Jahrgangsstufe eine sukzessiv verlaufende Integration aller SB-Schüler durch gemeinsame Unternehmungen und Unterrichtsstunden in zunehmend mehr Unterrichtsfächern angestrebt werden, wie u. a. das Integrationsmodell in Wolfsburg (Moorkämpe Vorsfelde) zeigt (vgl. *Hartwig* 1983). Parallel dazu sollten die beteiligten Lehrer spätestens nach jedem Schulbesuchsjahr überprüfen, ob eine Teilintegration (= Teilnahme am Unterricht in bestimmten Fächern) oder Integration einzelner Schüler in die Regelklassen erfolgen kann und welche Maßnahmen die Integration unterstützen müssen.

Schüler, die die zweite Sprachbehindertenklasse erfolgreich durchlaufen haben, werden

a) in die Sprachbehindertenklasse 3 oder
b) in die dritte Grundschulklasse versetzt oder
c) in bestimmten Fächern probeweise am Unterricht der Grundschulklasse teilnehmen.

Nach dem gleichen Prinzip wird am Ende der dritten Klasse verfahren.

Da in der *Flexiblen Eingangsstufe* die Schüler besonders im ersten und zweiten Schulbesuchsjahr intensiv und differenziert gefördert werden, verringert sich bei einer guten kooperativen und inhaltlich verbesserten Arbeit aller Lehrkräfte wahrscheinlich in der dritten und besonders in der vierten SB-Klasse die Anzahl der Schüler. In diesem Falle entfällt zumindest die SB-Klasse 4 b. Der dort eingesparte Sprachbehindertenpädagoge wird im Förderunterricht der neuen Eingangsphase bzw. in der neuen Eingangsklasse eingesetzt. Um die Wiedereingliederung in die Regelschulsysteme *dauerhaft* gewährleisten zu können, müßte noch eine Konzeption zur nachsorgenden Betreuung erarbeitet werden. Diese Konzeption umfaßt dann die nachsorgende Betreuung im Grundschulbereich und ab Klasse 5.

Literatur

Breuer, H. / Weuffen, M.: Gut vorbereitet auf das Lesen- und Schreibenlernen? Berlin (Ost) 1975.

Dannenbauer, F. M., und Dirnberger, W.: Aspekte eines therapieorientierten Unterrichts in der Schule für Sprachbehinderte — Kriterien und Realisationsmöglichkeiten für die Grundstufe. Die Sprachheilarbeit 26 (1981) 6, S. 313—325.

Die Schule in Nordrhein-Westfalen. Eine Schriftenreihe des Kultusministers. Heft 6301. Düsseldorf 1980.

Empfehlungen für den Unterricht in der Schule für Sprachbehinderte (Sonderschule). Beschluß der Kultusministerkonferenz vom 10. November 1978. Die Sprachheilarbeit 24 (1979) 2, S. 27—31.

Hartwig, M.: Integration sprachbehinderter Kinder in der Grundschule Moorkämpe Vorsfelde. Grundschule 15 (1983) 10, S. 33—36.

Heilmann, S., und Zitzelsberger, W.: Die sonderpädagogischen Diagnose- und Förderklassen in Bayern — Schulversuch —. Die Sprachheilarbeit 32 (1987) 5, S. 219—224.

Leune, D.: Umfrage mit 60 Prozent Rücklauf. Veränderung der Schülerschaft an Schulen für Sprachbehinderte. Erziehung und Wissenschaft 36 (1984) 10, S. 12.

Verordnung des Niedersächsischen Kultusministers über Aufnahme und Überweisung in die Sonderschule und über Sonderunterricht. Vom 5. Juli 1977. Nds. GVBl. S. 261 (SVBl. 8/77, S. 214—217).

Verwaltungsvorschriften zur Verordnung des Niedersächsischen Kultusministers über die Aufnahme und Überweisung in die Sonderschule und über Sonderunterricht vom 5. Juli 1977 (SVBl. 1/78, S. 5—17).

Anschrift der Verfasser:
Bevenroder Arbeitskreis
für Sprachbehindertenpädagogik
Am Klei 14 A
3300 Braunschweig-Bevenrode

Die Mitglieder des Bevenroder Arbeitskreises sind Sonderschullehrer(innen) für Sprachbehinderte:

Rosemarie Cholschreiber-Strothmann, Margret Göllner-Förster und Rolf Rameckers sind an der Wilhelm-Busch-Grundschule mit Sprachheilklassen in Göttingen tätig; Marianne Haucke, Brigitta Mey-Krahnstöver, Renate Müller-Rüster, Marieluise Schütze und Gerlinde Stieghorst arbeiten an der Grundschule mit Sprachheilklassen Echternstraße in Braunschweig.

Der Bevenroder Arbeitskreis ist ein loser Zusammenschluß von Sprachbehindertenpädagog(inn)en aus Niedersachsen, die die Effektivität ihrer gegenwärtigen Arbeit als unbefriedigend ansehen, Ursachen dafür zu ergründen versuchen und Verbesserungsvorschläge erarbeiten. Der Arbeitskreis wurde nach dem Tagungsort Bevenrode bei Braunschweig benannt.

Der Tagungsbericht

der Arbeits- und Fortbildungstagung
Mainz
(September 1988)

kann ab Mitte Mai 1989
ausgeliefert werden.

Tagungsteilnehmer
erhalten die Freiexemplare von der
Landesgruppe Rheinland-Pfalz

Alle anderen Interessenten
können den Tagungsbericht beziehen
zum Preise von 34,— DM
vom Verlag

Wartenberg & Söhne
Theodorstraße 41 · 2000 Hamburg 50
Telefon (040) 89 39 48

Bevor Sie ältere Hefte
der Fachzeitschrift

Die Sprachheilarbeit

vernichten, bieten Sie uns bitte
folgende Nummern an:

Jahrgang 1976: Heft 1
1978: Heft 1
1979: Heft 1–3 u. 6
1980: Heft 1–4
1982: Heft 1
1984: Heft 1

Wir vergüten Ihnen je Heft 4,— DM.

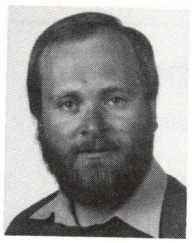
Mit Ausnahme der vorbezeichneten
Hefte können wir zur Zeit

alle Hefte älterer Jahrgänge

an Interessenten liefern.

Verlag Wartenberg & Söhne
Theodorstraße 41 · 2000 Hamburg 50
Telefon (040) 89 39 48

Die Sprachheilarbeit 34 (1989) 2, S. 72—80



Heiko Rodenwaldt, Mainz

Beratung oder Belehrung? — Das Gespräch mit Bezugspersonen von Menschen mit sprachlichen Unzulänglichkeiten

Pädagogisch fruchtbar ist nicht die pädagogische Absicht, sondern die pädagogische Begegnung (M. Buber).

Zusammenfassung

In den Ausführungen werden Inhalte, Aufgaben und Aspekte einer dialogischen, auf humanistisch-anthropologischer Grundeinstellung basierenden Beratungstätigkeit vorgestellt. Ausgehend von der Forderung, die Beratung als integralen Bestandteil sonderpädagogischer Förderung zu sehen, wird der Stellenwert eines am gesprächstherapeutisch orientierten Vorgehen angelehnten und auf partnerschaftliche Kooperation aufbauenden Beratungsgespräches aufzuzeigen versucht. Den Abschluß bildet die Erörterung von Verhaltensweisen, die einer dialogischen Beratungstätigkeit nicht angemessen sind und ein ganzheitliches Problemverständnis ausschließen.

1. Einleitung

Der Sprachbehindertenpädagoge hat sich in seiner praktischen Tätigkeit einerseits mit dem beeinträchtigten Menschen (Kind, Jugendlichen, Erwachsenen) auseinanderzusetzen, zum anderen sieht er sich mit den aus der Unzulänglichkeit bzw. Behinderung resultierenden Schwierigkeiten und deren Bewältigungsversuchen seitens der Bezugspersonen oder Angehörigen (Eltern, Ehepartner, Lehrer, Erzieher u. a. m.) konfrontiert. Aufgrund der Tatsache, daß diese Probleme in die pädagogisch-therapeutische Situation mit einfließen und gravierende zentrale Auswirkungen auf den gesamten Förderprozeß haben können, betreffen sie auch folglich den Pädagogen/Therapeuten unmittelbar in seiner Arbeit. Da der Kontakt sowie der Umgang mit Bezugspersonen sprachbeeinträchtigter Menschen sehr individuell und verschieden ist, muß der Berater ein flexibles und elastisches Verhalten situationsadäquat zur Verfügung haben. Von daher kann es bei der Planung und Durchführung beratender Maßnahmen nicht ausreichen, das Gespräch zwischen dem Berater und dem zu Beratenden

— auf der Basis eines individuellen Kommunikations- und Handlungsgeschicks zu führen,
— es einer jeweiligen Spontaneität zu überlassen oder
— es mittels einer entsprechenden Intuition mehr oder weniger auf dem Zufall aufzubauen.

Um zu einer für alle an der Förderung beteiligten Personen gleichermaßen nutz- und erkenntnisbringenden Situation zu gelangen und dadurch hilfreich den pädagogisch-therapeutischen Prozeß zu unterstützen, ist es notwendig, das methodische Gesprächsvorgehen des Beraters unter bestimmten Aspekten bzw. Gesichtspunkten einer dialogischen Beratungstätigkeit zu planen. Zudem sollte unter Berücksichtigung der Beziehungsebene zwischen dem beeinträchtigten Menschen, den Bezugspersonen und dem Pädagogen das Gespräch reflektiert und durchgeführt werden. Denn jede Beratungssituation ist eine Begegnung zwischen Menschen, sozusagen eine zwischenmenschliche Begegnung.

2. Zum Kontext von Wissenschaftsverständnis und Beratung

Die Methoden der traditionellen Sprachbehindertenpädagogik zur Durchführung sonderpädagogischer Maßnahmen bei sprachbeeinträchtigten Menschen gehen auf das naturwissenschaftlich-objektivistische Paradigma zurück. Sie implizieren von daher nicht das Verstehen des Menschen in seiner sprachlichen Unzulänglichkeit, sondern re-

duzieren das betroffene Individuum auf die Summation funktionierender Organe (Medizin) bzw. lösen die Sprache und das Sprechen vom spracherealisierenden Menschen und betrachten ausschließlich das System »Sprache« (Linguistik).

Das reduktionistische Verständnis von Wirklichkeit führt folglich auch zu entsprechenden Konsequenzen einer beratenden Tätigkeit, bei der erfolgreiche Beratung als das Befolgen von Anweisungen und Ratschlägen definiert wird und eine kooperative Mitarbeit die bereitwillige Befolgung von Anweisungen bedeutet. Pädagogische Beratung »reduziert sich dann leicht auf eine Aufklärung durch Experten (im Sinne von Ratschläge erteilen), um lediglich Behandlung zu flankieren« (*Kleber* 1983, S. 431).

Bei einer Abkehr von der im traditionellen Zusammenhang mit der klassischen Medizin stehenden Sprachbehindertenpädagogik und ihren verschiedenen dem objektivistischen Denken verpflichteten pädagogisch-therapeutischen Richtungen sowie gleichzeitiger Zuwendung zu humanistisch-anthropologischen Gedanken, die das mitmenschliche, dialogische Verhältnis in den Mittelpunkt der sonderpädagogischen Arbeit stellen und einem ganzheitlichen Menschenbild verpflichtet sind, wird die Notwendigkeit und der Stellenwert einer beratenden Tätigkeit besonders deutlich. Von daher ist die Beantwortung der im Titel des Beitrages gestellten Frage abhängig von dem zugrundeliegenden Wissenschaftsverständnis, der Sicht, dem Bedeutungssystem sowie der Begrifflichkeit, die das Denken bestimmen und folglich zu unterschiedlichem Verständnis der Wirklichkeit führen.

Ein in der Sprachbehindertenpädagogik weit verbreitetes traditionelles Verständnis von Wissenschaft, das sowohl objektive vom erkennenden Subjekt unabhängige Erkenntnis als auch eine Subjekt-Objekt-Trennung im Erkenntnisprozeß impliziert, wird die Bedeutung einer dialogischen Beratungstätigkeit als nichtwissenschaftlich abqualifizieren und die Durchführung als nichtobjektiv charakterisieren.

Dagegen wird ein Wissenschaftsverständnis, das auf anthropologischen Grundsätzen aufbaut und dem »Verstehen eines fremden Menschen ein Selbstverstehen von sich als Mit-Menschen« (*Rödler* 1985, S. 249) voraussetzt, die ganze Person »mit ihren persönlichen, im Verlauf ihrer Sozialisation erworbenen und in ihren gegenwärtigen Lebenszusammenhang realisierten Wertungen« (*Krüll* 1987, S. 228) einbeziehen und die Beratung als wichtigen Teil ganzheitlichen Handelns betrachten. Somit basiert das Verstehen von Menschen bzw. ihrer Probleme grundsätzlich auf einer anthropologischen Grundeinstellung, die zum einen impliziert, daß das erkennende Subjekt »durch den Erkenntnisprozeß mit dem erkennenden Objekt verbunden« (*Krüll* 1987, S. 247) ist, und die zum anderen erkennt, daß es zwei Menschen sind, »die miteinander agieren und deren lebensgeschichtlicher und historisch-sozialer Kontext in die Interaktion eingeht« (a. a. O.). Die folgenden Ausführungen zur dialogischen Beratungstätigkeit setzen ein Welt- und Menschenbild voraus, das im traditionellen Verständnis der Sprachbehindertenpädagogik bzw. diagnostisch-therapeutischer Maßnahmen nicht anzutreffen ist und dessen Notwendigkeit sich aus der Sichtweise von Sprache als im Menschsein integriertes Phänomen ergibt, das weder isoliert betrachtet werden kann noch isolierbar ist.

3. Zur Notwendigkeit der Beratung

Ein aus der vielseitigen Tätigkeit des Sprachbehindertenpädagogen nicht wegzudenkender Faktor ist die dialogische Beratung von Angehörigen sprachbeeinträchtigter Menschen, wobei unter einem Dialog ein Gespräch über ein relevantes Thema verstanden wird, das von einem Berater und einer zu beratenden Person geführt wird. Der hauptsächliche Unterschied zu einem Anamnese- bzw. Informationsgespräch oder zu einem Interview ist darin zu sehen, »daß bei einem Dialog nicht nur der Forscher, sondern in gleichem Maße auch die erforschte Person an dem wissenschaftlichen Erkenntnisprozeß beteiligt werden soll« (*Sommer* 1987, S. 1).

Bekanntermaßen ist besonders bei der Förderung von Kindern mit sprachlichen Unzulänglichkeiten oft eine intensive förderbegleitende Eltern- bzw. Bezugspersonenberatung

notwendig, da die Lebenswirklichkeit, d. h. die reale soziale Umwelt des Kindes, einen wichtigen Faktor im diagnostisch-therapeutischen Prozeß darstellt.

Vor dem Hintergrund der Multidimensionalität der Beeinträchtigung sowie der Abhängigkeit und Wechselwirkungen intra- und interpersoneller Faktoren muß der Lebensweltkontext des Kindes beachtet werden, um einerseits das sprachliche Verhalten nicht nur zu registrieren, sondern auch zu verstehen und um andererseits einer isolierten Förderung bzw. einer ausschließlichen Symptomorientierung entgegenzuwirken.

Wird der Förderprozeß nicht als Behandlungsprozeß mit Einweg-Charakter gesehen oder nicht nur als Wechselprozeß zwischen Therapeut und Kind (Zweiwege-Charakter) betrachtet, sondern als ein ganzheitlicher Prozeß mit Mehrwege-Charakter aufgrund des vernetzten Beziehungsgeflechts zwischen dem Kind bzw. Sprachbeeinträchtigten, den Eltern bzw. Bezugspersonen und dem Pädagogen charakterisiert, so erwächst aus dieser Sichtweise die Forderung, der Beratungstätigkeit in einer mehrdimensionalen Förderung die gleiche Bedeutung und Aufmerksamkeit zukommen zu lassen wie anderen im diagnostisch-therapeutischen Prozeß durchzuführenden Maßnahmen. Beratende Tätigkeit als integrierten Bestandteil sprachbehindertenpädagogischen Handelns zu verstehen, besagt, Beratung nicht als eine zur Förderung hinzukommende — also additive — Aufgabe, sondern als einen Inhalt pädagogischer Arbeit zu erkennen, bei der Berater und Gesprächspartner in einem gleichrangigen Verhältnis zueinander stehen.

Innerhalb des ganzheitlichen Förderprozesses gibt es verschiedene Möglichkeiten der Beratung von Bezugspersonen sprachbeeinträchtigter Menschen, wobei die Gesprächsformen jeweils von unterschiedlichen Situationen sowie Erwartungen abhängig sind. In Anlehnung an *Grohnfeldt* (1985) können drei Gesprächsformen unterschieden werden:

— das Beratungsgespräch, bei dem der Schwerpunkt auf dem Informationsaspekt liegt,
— das verstehende und personenzentriert ausgerichtete Gespräch sowie
— das strukturierende und familientherapeutisch orientierte Gespräch.

Anzumerken ist allerdings, daß sich in der praktischen Beratungstätigkeit diese Möglichkeiten der Gesprächsführung häufig überschneiden, wie die folgenden Ausschnitte aus einem Beratungsgespräch zwischen einer Mutter (M) eines stotternden Mädchens und einem Therapeuten (T) beispielhaft verdeutlichen sollen:

1. Beispiel

T: Der Anlaß unseres Gespräches ist Noras Stottern. Ich habe den Eindruck, daß das Stottern für Sie doch ein sehr starkes Problem ist, da Nora auch zu Hause sehr viel stottert.

M: Ja, ziemlich viel. Das Stottern ist noch nicht weniger geworden. Besonders nach Weihnachten war es sehr schlimm, selbst beim Lesen. Das ist kaum mehr zu ertragen.

T: Es ist für Sie schwer nachzuvollziehen und schwer verständlich, warum Nora so stottert.

M: Ja, mit einem Mal hat sich das Stottern so verschlimmert. Dabei haben wir uns so verhalten wie immer. Auch wenn wir Einkaufen gingen, habe ich sie drangelassen.

T: Stottert Nora nur in besonderen Situationen? Oder nur, wenn Sie mit ihr zusammen sind? Oder auch bei Ihrer Schwiegermutter bzw. bei Ihrem Mann?

M: Sie stottert bei allen dreien.

T: Das Stottern tritt also bei allen gleichermaßen auf.

M: Ja. Das Stottern kann man bald nicht mehr mit anhören. So stottert Nora dann, das ist furchtbar. Ich denke, daß das Stottern sie vielleicht selbst belastet, daß sie vielleicht denkt: wie soll ich das Wort jetzt rausbringen. Manchmal haut sie auf den Tisch oder tritt mit dem Fuß auf den Boden und sagt: So, jetzt muß ich anders sprechen. Sie merkt also auch, daß sie stottert.

T: Aber Sie selbst empfinden es auch als furchtbar, so wie Nora derzeitig spricht?

M: Im Moment ja. Ziemlich furchtbar. Obwohl ich mich nicht daran störe. Wenn sie spricht, lasse ich sie aussprechen und verbessere sie nicht.

2. Beispiel

T: Bekommt Nora denn häufiger zu hören, daß sie nicht stottern darf? Oder wird sie häufiger verbessert?

M: Nein. Wir fordern sie nicht auf, daß sie sich verbessern soll, da sie wieder stottert.

T: Aber Sie haben trotzdem den Eindruck, daß bei Nora ein innerer Druck vorhanden ist, nicht stottern zu dürfen?

M: Ja, irgendwie scheint ein solcher Druck da zu sein. Aber vielleicht ist es auch die Hektik oder die fehlende Zeit. Sie hat sehr viel Schulaufgaben auf, und das macht sie oft so nervös. Vielleicht ist es die Nervosität. Aber sie sagt das ja nicht, und ich möchte auch nicht fragen. Sie würde es mir auch nicht sagen.

T: Sie sind aber sehr unsicher, woran das Stottern, die Hektik oder die Nervosität liegt.

M: Ja. Oder vielleicht sind wir es auch? Wenn ich zu ihr sage: Räum dein Zimmer auf, der Papa kommt gleich und der schimpft, wenn das Zimmer nicht aufgeräumt ist oder wenn die Schulaufgaben noch nicht fertig sind. Ich fordere sie dann auf, schneller fertig zu werden. Vielleicht liegt es auch daran? Ich weiß es nicht.

T: Sie meinen also, daß die häufigen Aufforderungen zum schnelleren Anfertigen der Hausaufgaben, zum Aufräumen des Zimmers Gründe für das Stottern sein könnten?

M: Ja. Gestern zum Beispiel. Da hat sie ziemlich viel Rechnen aufgehabt und war um vier Uhr noch nicht fertig. Da habe ich sie aufgefordert, schneller fertig zu werden. Und dann kam mein Mann von der Arbeit nach Hause. Er hatte sehr viel Ärger in der Firma und wollte seine Ruhe haben. Er war auch sehr nervös.

T: So war es gestern bei Ihnen sehr hektisch, und Sie waren alle sehr nervös.

M: Ja, aber daran braucht sich Nora doch nicht zu stören.

T: Die Hektik und die Nervosität überträgt sich aber auf ein Kind. Also, wenn Sie sich zu Hause sehr hektisch verhalten oder wenn Ihr Mann nervös von der Arbeit kommt, spürt Nora das sofort. Die ganze Atmosphäre überträgt sich auf das Kind, es kann sich da nicht ausklammern.

M: Einmal, als ich mit meinem Mann Krach hatte, hat Nora mich auch gefragt, warum ich nicht mit Papa spreche. Das hat sie dann gemerkt. Es ist ihr gleich aufgefallen.

Aus diesen Ausschnitten eines dialogischen Beratungsgespräches ist zu erkennen, daß zum einen sich die unterschiedlichen Gesprächsformen nicht immer stringent voneinander trennen lassen und daß zum anderen der Therapeut versucht, den Standort, d. h. die Werthaltungen, Erfahrungen, Hoffnungen und Befürchtungen der Mutter nicht zu bewerten, sondern ihre Perspektive und ihren Horizont einzunehmen und zudem auch zu beschreiben. Obwohl diesem Gespräch das Problem von Redebeeinträchtigungen zugrunde liegt, dürfte — eine pädagogisch-anthropologische Grundeinstellung voraussetzend — deutlich geworden sein, daß auch zur Sicherstellung des gemeinsamen Handelns bei Kindern mit anderen gravierenden sprachlichen Beeinträchtigungen es notwendig ist, »daß der Berater ‚Selbstoffenbarung' und ‚Appelle' der Ratsuchenden wahrzunehmen versteht und er durch ein gewisses Entgegenkommen (auch gegen seine eigene Zielrichtung) Offenheit und Akzeptanz zu signalisieren weiß« (*Kleber* 1983, S. 429). In jedem Fall wird durch die im Dialog zu erbringende Rekonstruktion von Problemen und Schwierigkeiten die Beratung kommunikativer, denn Berater und Gesprächspartner reden in gleichberechtigt-symmetrischer Weise miteinander.

4. Zum Gesprächsverhalten des Beraters

Innerhalb der Beratung von Eltern bzw. Bezugspersonen sprachbeeinträchtigter Menschen liegen die Schwerpunkte der dialogischen Gespräche häufig auf der einen Seite in der Informationsvermittlung, wie u. a. in der Weitergabe von fachlichem Wissen bezüglich der sprachlichen Unzulänglichkeit, den Möglichkeiten einer Förderung oder des Zusammenhangs von sozialer Umwelt und Sprachbeeinträchtigung. Auf der anderen Seite ist oft ein personenzentrierter Dialog auf der Basis eines gesprächstherapeutisch orientierten Vorgehens angezeigt, da das Individuum in seinem So-Sein, d. h. das Verhalten einer betroffenen Person, nur dann wirklich zu verstehen ist, wenn herausgefunden wurde, wie es die Welt bzw. seine Lebenswirklichkeit um sich herum wahrnimmt. »Denn die Menschen reagieren auf die Welt, wie sie sie wahrnehmen, und nicht auf die Welt, wie sie ist« (*Sommer* 1987, S. 107 f.).

Diese Möglichkeit der Gesprächsführung, die als dialogische Variante der Phänomenologie nach dem Zweiten Weltkrieg durch C. R. *Rogers* Eingang in die Psychotherapie fand und als »nichtdirektive« oder »klientenzentrierte« Gesprächspsychotherapie weltweit bekannt wurde, sollte sich besonders dann durchsetzen, wenn z. B. die Beeinträchtigung des Kindes einhergeht mit psychischen Belastungen, Verhaltensweisen oder erzieherischen Faktoren seitens der Eltern wie u. a.

Ängste, Schuldgefühl, Ablehnung, Passivität, Abschieben der Verantwortung oder Overprotection (vgl. *Muchitsch* 1978, S. 18).

Bei der Beratung können die drei von *Rogers* (1972) und *Tausch/Tausch* (1977) aufgestellten und überprüften Dimensionen, die als Grundbedingungen eines jeden helfenden Gesprächs gelten, für die dialogische Beratung sehr hilfreich sein:

1. positive Wertschätzung und emotionale Wärme,
2. Echtheit und Selbstkongruenz,
3. einfühlendes Verstehen.

Im folgenden sollen die Therapeutenvariablen näher beschrieben und definiert werden.

Ad 1: Die positive Wertschätzung und die emotionale Wärme meint eine nicht an Bedingungen gebundene uneingeschränkte Akzeptanz der Bezugsperson des sprachbeeinträchtigten Menschen. Sie muß spüren, daß der Berater sie als Person so annimmt, wie sie ist, was sie äußert und wie sie sich gibt. »Dieses uneingeschränkte Akzeptieren ist ebenso unvereinbar mit einer wertenden, Abneigung oder Mißbilligung ausdrückenden Stellungnahme des Beraters wie mit einer nur selektiv — je nach Gesprächsinhalt — ausgedrückten Wertschätzung« (*Weinberger* 1980, S. 31). Da die Anerkennung und das Akzeptieren des So-Seins ein Grundbedürfnis aller Menschen ist, können über das Hinführen zu einer größeren Selbstachtung und Akzeptierung der eigenen Person konstruktive Maßnahmen zur Veränderung psychosozialer Verhaltensweisen ermöglicht und damit eine Veränderung der intra- und interindividuellen Situation erreicht werden, die sich nicht selten in den Symptomen des sprachbeeinträchtigten Kindes widerspiegelt.

Ad 2: Das Realisieren von positiver Wertschätzung und emotionaler Wärme hängt weitgehend mit der Echtheit und Selbstkongruenz des Beraters zusammen, d. h., daß er »kein fassadenhaftes Verhalten zeigt, keine professionelle ‚Maske' trägt, sondern während des ganzen Gesprächs er selbst ist. Es besteht dann zwischen seinen Gefühlen und deren Ausdruck in Mimik und Gestik Kongruenz (= Deckungsgleichheit)« (*Weinberger* 1980, S. 38). Die Echtheit und Offenheit zu einer anderen Person erfordert wirkliches Interesse an den Problemen und Schwierigkeiten des anderen und verlangt genug Sicherheit, um sich von der — häufig schützenden — beruflichen Rolle zu trennen. Durch dieses Verhalten des Beraters faßt die zu beratende Person eher Vertrauen, empfindet keine Angst mehr gegenüber der Situation und kann demzufolge sich freier mitteilen sowie die persönlichen Probleme offener darstellen.

Ad 3: Einfühlendes Verstehen meint den Versuch des Beraters, sich in das Erleben der anderen Person einzufühlen und sich zu bemühen, »die Gefühle und Empfindungen des Klienten von dessen Bezugsrahmen her — d. h. so wie dieser sie wahrnimmt — zu verstehen und dem Klienten dies Verstandene möglichst präzise und konkret mitzuteilen« (*Weinberger* 1980, S. 44). Da der Berater die Empfindungen aus einer gewissen Distanz heraus wahrnimmt, wird es ihm ermöglicht, bestimmte Einstellungen und Werthaltungen in Frage zu stellen. Diese Gesprächsdimension ermöglicht der Bezugsperson des sprachbeeinträchtigten Menschen, möglichst angstfrei sowie ohne Abwehrmaßnahmen über Gefühle, Probleme und Konflikte zu sprechen und sich um eine Klärung der schwierigen Situation zu bemühen.

Durch die aktive Zuwendung und die Anteilnahme des Beraters erlebt die zu beratende Person einerseits einen offenen Dialog, in dem sie sich verstanden und angenommen fühlt, und andererseits einen entspannten Umgang mit gefühlsmäßigen Erlebnisinhalten. Grundbedingung einer jeglichen dialogischen Beratungstätigkeit ist das konzentrierte und richtige Zuhören. Um die nicht nur sprachlichen Äußerungen der anderen Person aufzunehmen, müssen die zur Verfügung stehenden »Kommunikationskanäle« aktiviert werden, d. h., auditiv ist auf den Inhalt, speziell auf den emotionalen Inhalt zu achten sowie auf immer wiederkehrende Worte oder Sätze. Gleichfalls sind auch Sprechtempo, Tonfall und Sprechpausen zu registrieren. Neben der auditiven Aufmerksamkeit ist auch die visuelle Konzentration gefordert, d. h., auf Mimik und Gestik ist zu achten, »um festzustellen, ob das verbale

Verhalten des Klienten (z. B. stockendes Sprechen) durch entsprechende nicht-verbale Signale (z. B. unruhiges Hin- und Herrutschen auf dem Stuhl, gespannte Gesichtsmuskulatur) ergänzt wird und der Berater somit recht eindeutige Informationen über das emotionale Empfinden des Klienten erhält« (*Weinberger* 1980, S. 41). Der Pädagoge sollte ein aktiver Zuhörer sein und während des Gesprächs »auch ertragen können, zu schweigen und nicht auf jede Äußerung der Eltern mit pädagogischem Redeschwall und gutgemeinten Ratschlägen zu reagieren (*Iben* 1984, S. 37).

Hinzuzufügen ist, daß konzentriertes verstehendes Zuhören in der dialogischen Gesprächssituation vorrangig eine Einstellungsfrage ist. Zudem dürfte es eine Übungssache sein, über einen längeren Zeitraum hinweg den bedeutenden Einstellungen, Erfahrungen und Meinungen des Gesprächspartners zuzuhören, auf alle Signale der Bezugsperson des sprachbeeinträchtigten Menschen zu achten und nicht von der Intention des Gesprächs abzuschweifen, damit der ganzheitliche Förderprozeß nicht behindert, sondern unterstützt wird. Das Wichtigste scheint jedoch zu sein: »Allein daß ein Mensch mit jemandem über seine Probleme sprechen kann, ist schon eine große Hilfe. Das führt ihn aus dem Gefühl der Hilflosigkeit heraus, das so verheerend ist« (*Capra* 1987, S. 221).

Ein solches theoretisches Verständnis von dialogischer Beratungstätigkeit bedeutet für das praktische Vorgehen inhaltlich:

— Erstens muß Beratung umfassend und offen sein, d. h., aus der jeweils individuellen Situation ergibt sich der Beratungsschwerpunkt.

— Zweitens muß Beratung durch einen hypothetischen Charakter gekennzeichnet sein, d. h., »richtiges« Beraten wird durch das Verständnis des zu Beratenden für die Situation und das eigene Handeln validiert. »Objektivität innerhalb eines dialogischen Verhältnisses kann andererseits nur heißen: dem Anderen gerecht werden und ihm das Recht einräumen, sich darzustellen und mitzuteilen« (*Kobi* 1977, S. 23).

— Drittens muß Beratung — in Analogie zur diagnostisch-therapeutischen Tätigkeit — durch das gemeinsame Handeln mehrerer Personen geprägt sein, d. h., es findet eine gemeinsame vertiefte Besinnung zu einem Thema mit gemeinsamer Zielfindung als Ausdruck einer »Sich-Beratungssituation« statt.

— Viertens muß Beratung die Subjektivität der zu beratenden Person anerkennen, d. h., individuelle Sichtweisen und Interessen sind bei der Bildung eines Konsenses zu berücksichtigen.

Entscheidende Vorbedingung für die dialogische Beratungstätigkeit ist die Ablehnung des klassischen an der Medizin orientierten vertikalen Beratungskonzeptes (vgl. *Kleber* 1983), das zur Flankierung von Behandlungsmaßnahmen einerseits in der Erteilung von Handlungsanweisungen und andererseits in der Aufklärung durch Fachleute (im Sinne von »Rezeptologie«) zum Ausdruck kommt. Statt dessen soll die dialogisch konstruierte, horizontale Beratung auf der Basis einer partnerschaftlichen Kooperation zum gemeinsamen Handeln, zur Weiterentwicklung und Kompetenzsteigerung aller beteiligten Personen sowie zur Emanzipation durch aktive Beteiligung führen. Die Sichtweise und Intensität beratender Tätigkeit hängt aber ganz wesentlich vom Selbstverständnis des Pädagogen ab. Ein Selbstverständnis im Sinne des dialogischen Prinzips »wird nicht mehr Elternbelehrung anstreben, sondern Kooperation, Dialog und gegenseitige Bereicherung« (*Iben* 1984, S. 35). Eltern bzw. Bezugspersonen gelten dann nicht mehr als desinteressierte und unfähige Erzieher, deren wirkliche Probleme und Bedürfnisse kaum gekannt werden, oder als Störfaktor im Erziehungsprozeß, sondern sind Teil des dialogischen Verhältnisses und Mitgestalter wechselseitiger Lernprozesse.

5. Darstellung nicht adäquater Verhaltensweisen

Ein verstehendes Zuhören zu praktizieren bedeutet für den Beratung durchführenden Sonderpädagogen, auf die Wichtigkeit des Anbringens und der Verdeutlichung seines Wissens und Könnens zu verzichten und möglichst folgende, der dialogischen Bera-

tungstätigkeit nicht dienende Verhaltensweisen zu vermeiden (vgl. *Weinberger* 1980):

— Bagatellisieren: Probleme und Gefühle herunterspielen, Person nicht ernst nehmen; Motivation für die Auseinandersetzung mit den Schwierigkeiten wird abgeblockt.

— Diagnostizieren: Person wird in eine Kategorie eingeordnet, sie wird vorschnell abgestempelt; der Berater übernimmt die Rolle des allwissenden Fachmanns.

— Dirigieren: Berater bietet fertige Lösungen des Problems im Sinne einer »Rezeptologie« an, fördert Unselbständigkeit und Abhängigkeit; Person wird in eine passive Rolle gedrängt.

— Sich identifizieren: Berater vermischt seine Gefühle in bezug auf das Problem mit denen der Person, ihr werden unbemerkt Lösungen aufgedrängt.

— Interpretieren: Berater interpretiert einseitig bestimmte Dinge in das Problem, die nicht zutreffen. Es erfolgt eine rigide »Ist-Interpretation«, die andere Möglichkeiten explizit ausschließt. Die Person ist mit der Interpretation überfordert, weiß damit nichts anzufangen und fühlt sich nicht verstanden.

— Moralisieren: Berater fällt ein Urteil über die Person aus seinen eigenen Normen- und Wertvorstellungen heraus. Bei negativem Urteil (z. B. Kritik, Mißbilligung) fühlt sie sich wahrscheinlich gemaßregelt, Schuldgefühle oder aber aggressiver Gegenangriff können folgen. Auf das Problem wird nicht eingegangen, die Person wird an Normen gemessen und bewertet.

— Intellektualisierung: Das Problem bzw. das Verhalten der Person wird auf rein inhaltlicher, intellektueller Ebene erklärt. Vernachlässigt wird, daß viele Schwierigkeiten auf der psychisch-emotionalen Ebene liegen können. Das Rationalisieren führt weiterhin zu einer rein intellektuellen Bearbeitung des Problems. Die Person fühlt sich vom Berater weder emotional verstanden noch angesprochen.

Zusammenfassend gilt für die genannten nichtadäquaten Verhaltensweisen, »daß sie a) nicht auf die persönlichen Gefühle des Klienten eingehen und b) den Klienten nicht als egalitären Partner akzeptieren« (*Weinberger* 1980, S. 58), sondern die zu beratende Person in eine Subjekt-Objekt-Beziehung zwängen, in der sie vom Berater Erklärungen, Ratschläge, Wertungen, Interpretationen erhält oder eine Verallgemeinerung des Problems erfährt. Dabei wird zum einen das Problemfeld von übergreifenden Faktoren »gesäubert« und zum anderen übersehen, daß ohne Einbeziehung des komplexen und vernetzten Bedingungsgefüges ein ganzheitliches Verstehen der Schwierigkeiten und Verhaltensweisen nicht möglich ist. »Aber dieses ganzheitliche Verstehen setzt ja eben auch ein solches Verstehen-Wollen voraus, d. h. im vorliegenden Falle den Entschluß zu einer Einbeziehung der gesellschaftlichen Umwelt in den Erklärungszusammenhang« (*Richter* 1986, S. 213). Von daher darf sich eine dialogische Beratungstätigkeit nicht auf die Erfassung menschlicher Verhaltensweisen durch die Außensicht beschränken, sondern sie muß durch die Berücksichtigung der Innensicht »zugleich am Thron der sogenannten Objektivität« (*Rink/Schlee* 1987, S. 192) sägen sowie diejenigen zu Rechenschaft und Verantwortung zwingen, »welche unter Berufung auf das Faktische mit ihren Maßstäben und Beurteilungen andere Menschen zu Behinderten definieren« (a. a. O.).

6. Abschließende Bemerkungen

In einer an den Prinzipien der personenzentrierten Gesprächsführung orientierten dialogischen Beratungstätigkeit ist der zu Beratende nicht zu bevormunden, zu bemitleiden, zu bewerten oder in eine vom Berater bestimmte Richtung zu drängen. Statt dessen soll der Berater versuchen, »die Bewußtseinsinhalte, die ihm ein Dialogpartner mitteilt, nachzuvollziehen und zu beschreiben« (*Sommer* 1987, S. 131). Diese Feststellungen legen den Schluß nahe, daß die Bezugspersonen sprachbeeinträchtigter Menschen weder zum Objekt degradiert noch aus dem Förderprozeß ausgeschlossen werden dürfen.

Sowohl aufgrund der Multidimensionalität und -kausalität sprachlicher Unzulänglichkeiten als auch der in Interdependenz stehenden intra- und interindividuellen Faktoren hat der Sprachbehindertenpädagoge die Beratung innerhalb seiner vielseitigen Tätigkeit

einerseits angemessen zu berücksichtigen und andererseits sie unter Beachtung der Lebenswirklichkeit, also der sozialen und gesellschaftlichen Umwelt des Betroffenen, durchzuführen. Denn der Mensch ist ein Ganzes, und zu diesem Ganzen gehört nicht nur die Sprache und das Sprechen, sondern dazu gehören auch die Dimensionen der Um- und Mitweltbedingungen sowie der Kommunikations- und Interaktionsbedingungen (vgl. *Rodenwaldt* 1988).

Dieser Zusammenhang, eine solche Einsicht in das Geflecht der Kausalität, geht leider erst allmählich in das Bewußtsein von vielen Pädagogen/Therapeuten ein. Alles sollte daran gesetzt werden, die Beratung von Bezugspersonen sprachbeeinträchtigter Menschen — insbesondere Kinder — als zwingend notwendige Tätigkeit in den diagnostisch-therapeutischen Prozeß mitaufzunehmen, um zum einen den Veränderungsvorgang zu unterstützen und zu beschleunigen sowie zum anderen die vorhandenen Probleme und unzulänglichen Verhaltensweisen vor Irreparabilität zu bewahren. Es ist davon auszugehen, daß menschliches Leben Entwicklung im Dialog bzw. im dialogischen Handeln bedeutet, denn »Mitmenschlichkeit ist nicht anders denkbar als im Dialog und durch den Dialog« (*Birkenbeil* 1986, S. 85), oder wie *Buber* (1984, S. 15) es in seiner dialogischen Philosophie formuliert: »Ich werde am Du.« Das bedeutet für ein Beratungsgespräch, »daß Menschen sich einander mitteilen als das, was sie sind. Es kommt nicht darauf an, daß einer dem anderen alles sage, was ihm einfällt, sondern darauf allein, daß er zwischen sich und dem anderen keinen Schein sich einschleichen lasse« (a. a. O., S. 279 f.). Aus dieser Erkenntnis ist abzuleiten, daß jedes Beratungsgespräch mit Bezugspersonen sprachbeeinträchtigter Kinder, Jugendlicher oder Erwachsener, das in dem Raum der zwischenmenschlichen Begegnungen stattfindet, gelebte Beziehung ist und als solche zu planen und durchzuführen wäre.

Die Ausführungen zur Beratung sind in dem hier exponierten Sinne mehr als eine Anleitung zu einem methodischen Vorgehen. Sie sind das Bekenntnis zum dialogischen Prinzip *Bubers,* »das Eltern nicht zu pädagogischen Mängelwesen erklärt und ihnen lediglich Nachhilfe verordnet, sondern ihre Situation umfassend zu verstehen versucht ... und mit ihnen gemeinsam Lern- und Handlungsprozesse in Gang setzt« (*Iben* 1984, S. 53). Denn die Beratungstätigkeit ist wie jedes andere diagnostisch-therapeutische Handeln nur durch die gemeinsame Tätigkeit mehrerer Personen zu leisten. Abschließend sei noch bemerkt, daß die Sprachbehindertenpädagogik keine neuen Verfahren, keine neuen Methoden und keine neuen Techniken benötigt, sondern ein »Neues Denken«, d. h. eine Theorie, die den ganzen Menschen im Sinne eines phänomenologisch-hermeneutischen Verstehens in den Mittelpunkt stellt bzw. zur Grundlage sprachrehabilitativer Maßnahmen macht.

Literatur

Birkenbeil, E. J.: Verantwortliches Handeln in der Erziehung. Eine Herausforderung für die dialogische Pädagogik. Bad Heilbrunn 1986.

Buber, M.: Das dialogische Prinzip. Heidelberg 1984[5].

Capra, F.: Das neue Denken. Die Entstehung eines ganzheitlichen Weltbildes im Spannungsfeld zwischen Naturwissenschaft und Mystik. Bern, München, Wien 1987.

Grohnfeldt, M.: Grundlagen der Therapie bei sprachentwicklungsgestörten Kindern. Berlin 1985.

Iben, G.: Lebensweltanalyse — Elternberatung im Bereich der Verhaltensgestörtenpädagogik. Sonderpädagogik der Fernuniversität Hagen, Kurseinheit 4041. Hagen 1984.

Kleber, E. W.: Pädagogische Beratung — ihre Implikationen für die Diagnostik. VHN 52 (1983) 4, S. 425—442.

Kobi, E. E.: Modelle und Paradigmen in der heilpädagogischen Theoriebildung. In: Bürli, A. (Hrsg.): Sonderpädagogische Theoriebildung. Vergleichende Sonderpädagogik. Luzern 1977, S. 11—24.

Krüll, M.: Die epistemologische Herausforderung des feministischen und des systemischen Denkens. Familiendynamik 12 (1987) 3, S. 224—239.

Muchitsch, E.: Das nicht-direktive Beratungsgespräch mit Bezugspersonen Behinderter. Der Sprachheilpädagoge 10 (1978) 3, S. 17—32.

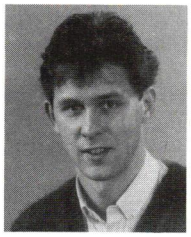
Richter, H. E.: Der Gotteskomplex. Die Geburt und die Krise des Glaubens an die Allmacht des Menschen. Hamburg 1986.

Rink, J. E., und Schlee, J.: Die Bedeutung subjektiver Theorien für (sonder-)pädagogisches Handeln. VHN 56 (1987) 2, S. 189—193.

Rodenwaldt, H.: Aspekte einer mehrdimensionalen Diagnostik sprachbeeinträchtigter Kinder aus pädagogischer Sicht. Die Sprachheilarbeit 33 (1988) 4, S. 178—185.
Rödler, P.: Sisyphos — Gedanken zur Reflexion des Autismus. Behindertenpädagogik 24 (1985) 3, S. 248—262.
Rogers, C. R.: Die Klientenzentrierte Gesprächstherapie. München 1972.
Schrey, H.-H.: Dialogisches Denken. Darmstadt 1970.
Sommer, J.: Dialogische Forschungsmethoden. München, Weinheim 1987.
Tausch, R., und Tausch, A.: Erziehungspsychologie. Göttingen 1977[8].
Vester, F.: Neuland des Denkens, München 1986[4].
Weinberger, S.: Klientenzentrierte Gesprächsführung. Weinheim, Basel 1980.

Anschrift des Verfassers:
Heiko Rodenwaldt
Universität Mainz
Institut für Sonderpädagogik
Hegelstraße 59, 6500 Mainz
Heiko Rodenwaldt ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Fachgebiet Sprachbehindertenpädagogik mit folgenden Arbeitsschwerpunkten: Diagnose und Förderung sprachbeeinträchtigter Kinder, Spracherwerb und dialogisches Handeln.

Die Sprachheilarbeit 34 (1989) 2, S. 80—85



Jürgen Steiner, Leverkusen

Der kommunikative Ansatz in der Aphasietherapie

Zusammenfassung

In dem vorliegenden Beitrag[1] wird das von *Grohnfeldt* geforderte ganzheitlich-interaktionale Vorgehen des sprachtherapeutisch Tätigen auf die Behandlung von Menschen mit zentraler Sprachstörung bezogen. Während die ganzheitliche Sicht in der Erforschung, Diagnose und Therapie von kindlichen Sprachstörungen bereits Tradition besitzt, ist der derzeitige Stand der Aphasietherapie noch stark auf defizitär-symptomorientierte Modelle festgelegt. Dies läßt sich aus der geschichtlichen Entwicklung der Aphasiologie erklären. Die pädagogische Sichtweise kann fruchtbar in der Aphasiediskussion wirken und den dort geforderten Paradigmenwechsel näher beschreiben. Der vorliegende Beitrag ist eine Fortführung und Vertiefung der Gedanken in *Steiner/Worms* (1988) unter Betonung des kommunikativen Aspektes.

[1] Herrn Prof. Dr. Günter Peuser und Herrn Prof. Dr. Manfred Grohnfeldt danke ich für kritische Diskussion dieses Artikels.

1. *Aphasiologie im Spannungsfeld von symptomorientierter und ganzheitlicher Sichtweise*

In einem grundlegenden Beitrag zur Standortbestimmung der Sprachbehindertenpädagogik stellt *Grohnfeldt* (1987 b) heraus, daß sich kontroverse Sichtweisen hinsichtlich Erforschung, Diagnosestellung und Therapie von Sprachstörungen auf das zugrunde gelegte Menschenbild zurückführen lassen. Die Sprachbehindertenpädagogik hat sich in den letzten Jahren verstärkt von einer defizit- und symptomorientierten Sichtweise des sprachbehinderten Menschen losgelöst und versucht diagnostische und therapeutische Ansätze in eine ganzheitlich-komplexe Gestalt des in der Kommunikationssituation beeinträchtigten Menschen zu integrieren. *Grohnfeldt* gibt zwar die theoretische Fundierung für alle sprachlich Beeinträchtigten vor, die

praktische Umsetzung in eine Veränderung der Forschungs-, Diagnose- und Therapiesituation bleibt jedoch bisher hauptsächlich auf sprachgestörte Kinder bezogen. Im Gegensatz zu diesem Umbruch überwiegt in der Aphasiologie derzeit noch immer eine starke Symptomausrichtung. Auf der Jahrestagung für Aphasieforschung und -behandlung 1987 in München wurden erstmals in einem Vortrag ganzheitliche versus spezifische Therapiekonzepte diskutiert (vgl. *Döppler/Hofmann* 1987). Die verspätete Neuorientierung läßt sich aus der Wissenschaftsgeschichte der Aphasiologie erklären. (Eine Darstellung der Geschichte der Aphasiologie findet der Leser in *Leischner* 1979, *Birchmeier* 1984, *Friederici* 1984, *Benson* 1986.)

Die heutige Aphasiologie ist primär medizinisch-linguistisch ausgerichtet. Am Anfang der Aphasiologie (*Gall* 1810) steht die Frage nach der Lokalisation psychischer Funktionen. Durch die lange währende Beschränkung der Aphasiologie auf die Lokalisationsdiskussion ergibt sich eine traditionell starke Anlehnung an medizinische Sichtweisen. Die richtungweisenden Werke der neurologisch-psychologischen Phase werden von Ärzten verfaßt (*Broca* 1861, *Jackson* 1864, *Finkelnburg* 1870, *Wernicke* 1874, *Kußmaul* 1876, *Charcot* 1883, *Lichtheim* 1885, *Freud* 1891, *Marie* 1906). Nach *Pulvermüller* (1988) läßt sich die heutige, symptomorientierte Sichtweise in der Aphasietherapie auf das Festhalten an der Denkweise des *Wernicke-Lichtheim*-Schemas erklären. Die Linguistik tritt erst spät, mit der Loslösung von einer philologisch orientierten Betrachtungsweise von Sprache, in den Prozeß der Theoriebildung und -überprüfung ein. Eine Sprachwissenschaft, die sich vornehmlich mit der Evolution der Sprachen, dem Sprachwandel und der Sprachverwandtschaft befaßt, findet kaum Berührungspunkte zur Aphasiologie. Eine Ausnahme bildet lediglich der in der Geschichte der Aphasiologie weitgehend unberücksichtigt gebliebene Linguist *Steinthal* (vgl. *List* 1976). Erst in der Nachfolge *Chomskys* bildet sich die Psycholinguistik als eigenständige Forschungsdisziplin heraus. Die neu einsetzende, stark linguistische Orientierung folgt jedoch dabei den Kategorien der strukturellen Linguistik; handlungstheoretisch-pragmatische Ansätze können sich kaum durchsetzen. Die Verbindung von strukturell-linguistischer und medizinischer Sichtweise begünstigt bei der Erforschung, Diagnose und Behandlung ein eher mechanistisches Menschenbild, das das Defizit und die isolierten Symptome in den Vordergrund stellt.

Die schnelle Durchsetzung des Aachener Aphasie-Tests (vgl. *Huber* et al. 1983) als Standarddiagnostikum und die Verbreitung des Standardübungsbuches von *Engl/Kotten/Ohlendorf/Poser* 1983 stehen beispielhaft für die sehr starke Ausrichtung auf eine defizitär orientierte Diagnostik sowie für eine Therapie, die auf die sprachliche Struktur — und weniger auf die Person — gerichtet ist. Obwohl beide Veröffentlichungen erst 1983 erschienen, erfolgt bereits heute eine verstärkte Hinwendung auf Fähigkeiten, Bedürfnisse und Verbesserungsmöglichkeiten der Kommunikation als Akt wechselseitig-interaktionaler Handlung in Forschung (vgl. *Greitemann/Von Cramon* 1987) und Praxis (vgl. *Pulvermüller* 1988, *Steiner* 1988).

Mit dem Aachener Aphasie-Test wurde eine Standarddiagnostik geschaffen, die differentialdiagnostisch sehr trennscharf ist, förderdiagnostisch jedoch — insbesondere unter kommunikativem Aspekt — kaum Relevanz besitzt. Für die Aphasiediagnostik ist neben sprachlich-strukturell orientierten Testbatterien und Einzeltests (vgl. *Lang* 1981) ein Instrument zur Ermittlung der kommunikativen Bedürfnisse des Patienten, die genaue Ermittlung der Kommunikationsmöglichkeiten in der Spontansprache, eine Analyse der beeinträchtigten dialogischen Beziehung mit der Umwelt sowie die Möglichkeit der Kontrolle der genannten Faktoren nach der therapeutischen Intervention zu fordern. *Bauer/Drechsler/Kaiser* (1988) haben einen in diese Richtung zielenden Ansatz für das Syndrom der Globalen Aphasie ausgearbeitet.

Die Sprachbehindertenpädagogik sollte ihre besondere ganzheitliche Sichtweise für die kommunikationsgerichtete Diagnostik und Therapie als interdisziplinären Beitrag in die Aphasiologie einbringen. Im folgenden wird versucht, unter therapeutischem Gesichts-

punkt einen ersten Beitrag zu leisten. Diagnostische Aspekte werden im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter verfolgt.

2. *Der ganzheitliche Ansatz in der Aphasietherapie*

Aufgrund der strukturell-linguistischen Orientierung betont die derzeitig praktizierte Aphasietherapie symptomgerichtete, sprachstrukturelle Aspekte. Linguistisch gut strukturierte Übungsbücher suggerieren dem Therapeuten — sicher entgegen der Intention der Verfasser —, daß das »Wiederverfügbarmachen von sprachlichen Elementen und Regeln« (*Engl/Kotten/Ohlendorf/Poser* 1983, S. 7) den Gesetzmäßigkeiten der Grammatik folge und vom Phonem bis zum Satz systematisch aufgebaut werden könne. Symptomorientierte Übungen können als eine Situation exemplarischen Lernens sinnvoll sein; im Hinblick auf die tatsächliche Verbesserung der Kommunikationssituation wird jedoch unter einer Reihe von Bedingungen die Effizienz solcher Übungen gering sein. Eine ganzheitlich orientierte Aphasietherapie legt den Schwerpunkt auf folgende, untrennbar miteinander verbundene Teilaspekte: Verbesserung der kommunikativen Situation und Krisenbewältigung.

2.1. Verbesserung der kommunikativen Situation

Die Verbesserung der kommunikativen Situation kann erreicht werden durch

— Training sprachlicher Strukturen im Kontext einer themenbezogenen Interaktion,
— Training kommunikativer Strategien im Dialog mit der Therapeutin,
— Verbesserung der Kommunikationsstruktur zwischen Patient und Partner.

2.1.1. Training sprachlicher Strukturen im Kontext einer themenbezogenen Interaktion

Wenn das Training sprachlicher Strukturen im Kontext einer themenbezogenen Interaktion erfolgt (Beispiel: zerschnittene Wortkarten zu einem Text eines bestimmten Themas ordnen), sind spezifisch-strukturelle und ganzheitlich-pragmatische Elemente sich wechselseitig steuernde und regulierende Prinzipien: »Die verschiedenen Richtungen in der heutigen Aphasietherapie, die sich aus der unterschiedlichen Gewichtung von Struktur und Kommunikation ergeben, müssen nicht notwendig als widersprüchliche Standorte verstanden werden« (*Puller/Steiner/Worms* 1987 b, S. 1). Die Struktur bildet den »Aufhänger«, das Thema des Dialoges; es erfolgt ein ständiger Rückgriff auf die Struktur, die in eine echte Kommunikationssituation eingebunden ist. Das strukturbezogene Therapiematerial sollte dabei gegenständlich sein, damit durch aufeinander bezogene Bild- und Schriftkarten, Buchstabenplättchen, Arbeitsblätter

— die vom Therapeuten vorgegebenen Alternativen sichtbar vor dem Patienten liegen,
— der Patient hierdurch mit Sprache »experimentieren«, seine sprachlichen Fähigkeiten organisieren, Fehler objektivieren und sich selbst korrigieren kann,
— der Patient die Therapiesituation als eine Situation handelnder Tätigkeit erfährt.

Strukturbezogene Übungen (vgl. *Busse* 1984, *Engl/Kotten/Ohlendorf/Poser* 1983, *Franke* 1987, *Puller/Steiner/Worms* 1987 a, 1987 b) haben einen besonderen Stellenwert für das häusliche Üben des Patienten, das einen Teil der Auseinandersetzung mit den eigenen Möglichkeiten bietet und durch selbsttätige Arbeit einen Teil der Hilfe zur Selbsthilfe beiträgt.

2.1.2. Training kommunikativer Strategien im Dialog mit der Therapeutin

Die Verbesserung der Dialogsituation seitens des Patienten erfolgt durch die Förderung der spontanen sprachlichen Handlungsmöglichkeiten des Patienten. Kompensatorische Kommunikationsstrategien zielen auf folgende Teilaspekte:

— Mut zur sprachlichen Initiative,
— Wege der Mitteilung (neue Kommunikationskanäle) suchen und kombinieren,
— Kennzeichnung von neuer und bereits gegebener Information,
— Unterbrechungen vornehmen,
— Mißverständnisse klären,
— Verstehen signalisieren,
— sich versichern, daß der Gesprächspartner versteht (Selbstkontrolle),

— Nachfragen von Informationen,
— Sprecher-Hörer-Rolle wechseln,
— mit (meist verbalen) Mißerfolgen umgehen lernen, entkrampfen.

Für *Tigges-Zuzok* ist der Dialog in einer als angenehm empfundenen Beziehungssituation — im Gegensatz zu einer bedrückenden Lernsituation — von ausschlaggebender Bedeutung: »Jedes unruhige Suchen eines Wortes, jede Nachsprechübung und das dabei unumgängliche Beobachten des motorischen Ablaufs bewirken eine hochgradige Störung des Sprechens« (*Tigges-Zuzok* 1985, S. 277).

Dialog meint nicht »fröhliche Plauderstunde«, sondern das Herstellen einer Situation, in der einzelne kommunikative Strategien durch Absprache oder durch betontes Verhalten der Therapeutin (»modeling«) herausgestellt werden und Ziel der Dialogverbesserung sind. Wichtig ist dabei, daß die zu trainierenden Handlungen häufig wiederholt werden können. Hierzu gebe ich folgendes Beispiel: Die Therapeutin kann die Therapiesituation für den Patienten (und dessen Angehörige) so strukturieren, daß immer wieder während des Dialoges Alternativfragen gestellt werden und das gerade Gehörte in der Antwort des Patienten aufgegriffen werden kann. Das Therapieziel (Evokation von Alternativantworten) wird vorher besprochen, oder die Therapeutin stellt die zu trainierende Kommunikationsstrategie besonders heraus. Die Angehörigen erfahren so, das Gespräch besser zu strukturieren; der Patient erfährt, sich auf die Auswahl von zwei Worten zu beschränken.

Dialogbeispiel zum Therapieziel »Alternativen in der Antwort verwenden« (der Aphasietyp ist dabei von nachrangiger Bedeutung — Therapeutin = T, Patient = P):

T: Was möchten Sie trinken. (Pause) Tee oder Kaffee?
P: Kaffee!
T: Wie trinken Sie Ihren Kaffee. (Pause) Mit Milch oder schwarz?
P: Schwarz, nee ... schwarz nicht. (Pause) Ach verdammt!
T: Moment. (Pause) Mit Milch oder schwarz?
P: Mit Milch, so ja!?
T: Sie trinken Ihren Kaffee gerne mit Milch.
P: Ja, sicher!

Neben dem Dialog ist das schon angesprochene »modeling« ein entscheidendes Mittel, kommunikative Strategien zu verstärken. Modeling ist ein Begriff der PACE-Therapie (PACE steht für: »*P*romoting *A*phasics' *C*ommunicative *E*ffectiveness«), die in den Vereinigten Staaten entwickelt wurde (vgl. *Edelmann* 1987, *Davis/Wilcox* 1985, *Steiner* 1988) und bedeutet, daß der Therapeut sich den sprachlichen Möglichkeiten des Patienten anpaßt und ihm durch Betonung bestimmter sprachlicher Handlungen Alternativen zu dessen (teilweise) erfolglosen Strategien offeriert. In der PACE-Therapie wird dies durch eine Kommunikationssituation erreicht, in der neue Informationen (verdeckte Bildkarten, Situationsbilder u. a.) übermittelt werden sollen. Entscheidend dabei ist der Rollentausch, durch den die Therapeutin dem Patienten Möglichkeiten der Anpassung und Erweiterung von kommunikativen Mitteln vorleben kann und der Patient seinerseits zu klaren Rückmeldungen verpflichtet ist, was er wirklich verstanden hat (vgl. *Steiner* 1988). PACE ist für den Patienten eine kreative Form zur Erweiterung seiner kommunikativen Fähigkeiten. Gezielter Dialog und PACE sind die wesentlichen Mittel zur Verbesserung der Kommunikation in einer lebens- und alltagsnahen Situation.

2.1.3. Verbesserung der Kommunikationsstruktur zwischen Patient und Partner

Da die Kommunikationsstörung nicht allein das Problem des Aphasikers, sondern ein Problem aller beteiligten Kommunikationspartner ist (vgl. *Roth* 1983), nimmt die Angehörigenberatung und das Partnertraining einen hohen Stellenwert ein. Angehörigenberatung bedeutet Aufklärung über sprachhemmende Faktoren in der Kommunikation. Damit sind allgemein Verhaltensweisen gemeint, die eine Verstärkung der Selbstzweifel, der Unsicherheit und der Ungeduld des Patienten nach sich ziehen (vgl. *Tigges-Zuzok* 1985, S. 279). Eine Beratung und Aufklärung führt alleine nur selten zu einer wirklichen Änderung der Verhaltenseinstellung. Therapeutin, Patient und Angehörige müssen die neuen kommunikativen Rahmenbedingungen gemeinsam reflektieren und erfolgreiche(re) Verständigungsversuche in All-

tagssituationen erleben und selbst erproben. Wichtige Inhalte können unter anderem sein:

— Sprechtempo,
— Mißverständnisse klären,
— Verstehenssicherungsschleifen einbauen,
— (Wortsuche) abwarten,
— Frage-Antwort-Strategien,
— Redefluß abstoppen bei Verständigungsproblemen,
— ein Thema nach dem anderen abhandeln.

Für *Roth* (1984) ist das geeignete Mittel zum Partnertraining das Rollenspiel, für *Pulvermüller* (1988) das Sprachspiel. Entscheidend ist, daß die Strategie-Erprobung im strukturierten Dialog, durch PACE oder »modeling«, im Rollen- oder Sprachspiel für den Patienten nicht als Abfragesituation (Ein-Weg-Kommunikation) oder durch Erklärungen erlernt wird, sondern Teil einer echten Kommunikation ist. Patient und Angehörige lernen gleichermaßen, sich auf Strategien zu einigen und ihre veränderte, zunächst eingeschränkte Kommunikationssituation aktiv neu zu gestalten.

2.2. Sprachstrukturelle Inhalte in der Aphasietherapie

Eine dialogische Ausrichtung der Therapieinhalte sollte so früh wie möglich, also bereits in der akuten Krankheitsphase, einsetzen (vgl. demgegenüber *Budny/Effmert* 1988). Es sei jedoch noch einmal ausdrücklich betont, daß eine kommunikative Ausrichtung nicht grundsätzlich eine Ablehnung struktureller Übungen involviert (vgl. dagegen *Pulvermüller* 1988). Eine Klärung des Verhältnisses von sprachstrukturellen und kommunikativen Inhalten in der Aphasietherapie wurde in *Steiner/Worms* (1988) versucht.

Das Training bestimmter linguistischer Strukturkomponenten kann beispielsweise für schriftsprachliche Leistungen sehr sinnvoll sein, da hier mit Sicherheit nicht nur ganzheitliche, sondern auch regelgeleitete Strategien bedeutsam sind. *De Langen* (1987) geht davon aus, daß sich gestörte Schreib-Lese-Prozesse, zumindest zu einem Teil, auf ein gestörtes »phonologisches Bewußtsein« rückführen lassen. Eine strukturell orientierte Therapie würde den Versuch unternehmen, des Patienten Fähigkeit, metalinguistisch über Lautformen zu reflektieren, anzuleiten und zu verbessern (Segmente isolieren, synthetisieren, Position erkennen, Phonem-Graphem-Korrespondenzregeln beachten, Erstellen und Benutzen einer Graphemtafel als Wortfindungshilfe u. a.). Möglicherweise eröffnet eine solche Therapie — auch ohne kommunikativen Bezug — kompensatorische Möglichkeiten im Alltag durch die Anwendung regelgeleiteter Strategien.

3. *Krisenbewältigung*

Eine Aphasie stürzt die oder den Betroffene(n) häufig in eine Lebenskrise. Eine zusätzliche Aufgabe der Therapeutin besteht darin, den Patienten in seiner Ungewißheit, seiner Aggression und seiner Verzweiflung anzunehmen und zu begleiten und sie/ihn zur aktiven Selbsthilfe durch das Aufzeigen der (kompensatorischen) Möglichkeiten anzuleiten. Ganz entscheidend für die Krisenbewältigung ist auch das Annehmen und das Reflektieren der Begleitstörungen (vgl. *Döppler/Hofmann* 1987). Die Gruppentherapie — in der gegenwärtigen Praxis eher vernachlässigt oder als »Anhängsel« der Einzeltherapie verstanden — gewinnt an eminenter Bedeutung für das Therapieziel Krisenbewältigung (vgl. *Königsbüscher* et al. 1987).

Wenn Aphasietherapie arbeitsteilig in einem Team von Medizinern, sprachtherapeutisch Tätigen, Krankengymnasten, Psychologen, Ergotherapeuten und mit Austausch aller Daten der geplanten und durchgeführten Maßnahmen (vgl. *Peuser* 1978) erfolgen kann, sind Hilfestellungen bei der Bewältigung der Lebenskrise die Aufgabe einer psychologisch ausgebildeten Fachkraft. In stationär organisierten rehabilitativen Maßnahmen wird dies teilweise praktiziert; in der Praxis der ambulanten Therapie ist eine Delegation häufig jedoch nicht möglich, und die Sprachtherapeutin bleibt auf sich alleine gestellt.

Zur dauerhaften Lebensbewältigung in der chronischen Krankheitsphase kann auch der Anschluß an eine Aphasiker-Selbsthilfegruppe wesentlich beitragen. (Kontaktadresse: Bundesverband für die Rehabilitation der Aphasiker e.V., Straßburger Weg 23, 5300 Bonn.)

Literatur

Bauer, A., Drechsler, R., und Kaiser, G.: Therapieorientierte Diagnostik und Befunderhebung bei Globaler Aphasie. Aphasie und verwandte Gebiete 3 (1988), S. 3—23.

Benson, D. F.: Aphasia and the lateralization of language. Cortex 22 (1986), S. 71—86.

Birchmeier, A. K.: Aphasie. Therapie und Rehabilitation im kulturgeschichtlichen Zusammenhang. Berlin 1984.

Budny, J., und Effmert, A.: Aphasietherapie in der Gruppe als Vorbereitung auf die Alltagskommunikation. Die Sprachheilarbeit 33 (1988) 2, S. 71—76.

Busse, J.: Training Deutsch; 60 Wortschatz- und Strukturübungen. München 1984.

Davis, G. A., und Wilcox, M. J.: Adult aphasia rehabilitation. Applied Pragmatics. San Diego 1985.

De Langen, E. G.: Methodische Prinzipien der Therapie aphasischer Lese- und Schreibstörungen. Vortrag auf der Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Aphasieforschung und -behandlung. München (November) 1987.

Döppler, R., und Hofmann, E.: Ganzheitlich oder spezifisch? Vortrag auf der Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft für Aphasieforschung und -behandlung. München (November) 1987.

Edelman, G.: Promoting aphasics' communicative effectiveness. Bicester 1987.

Engl, E. M., Kotten, A., Ohlendorf, I., und Poser, E.: Sprachübungen zur Aphasiebehandlung. Berlin 1983.

Franke, U.: Arbeitsbuch Aphasie. Stuttgart 1987.

Friederici, A. D.: Neuropsychologie der Sprache. Stuttgart 1984.

Greitemann, G., und Cramon, D. von: Analyse der kommunikativen Bedürfnisse von Aphasikern. Vortrag auf der Jahrestagung der Gesellschaft für Aphasieforschung und -behandlung. München (November) 1987.

Grohnfeldt, M.: Problemfelder und Aufgabenbereiche der Sprachbehindertenpädagogik im Spiegel einer Meinungsumfrage. Die Sprachheilarbeit 29 (1984) 4, S. 157—166.

Grohnfeldt, M.: Gedankengänge zur Veränderung der Sprachbehindertenpädagogik im letzten Jahrzehnt. Die Sprachheilarbeit 32 (1987 a) 2, S. 86—88.

Grohnfeldt, M.: Menschenbilder in der Sprachbehindertenpädagogik. Situationsanalyse und Perspektiven zur Weiterentwicklung unter besonderer Berücksichtigung der Sprachtherapie. Die Sprachheilarbeit 32 (1987 b) 1, S. 1—9.

Huber, W., Poeck, K., Weniger, D., und Willmes, K.: Der Aachener Aphasie-Test. Göttingen 1983.

Königsbüscher, S., Meyer-Königsbüscher, J., und Ostermann, F.: Gruppentherapie mit Aphasikern — Ein Arbeitsbericht. Rehabilitation 26 (1987) 3, S. 277—280.

Lang, C.: Aphasietestung mit psychometrischen Verfahren. Fortschr. Neurol. Psychiat. 49 (1981), S. 164—178.

Leischner, A.: Aphasien und Sprachentwicklungsstörungen. Klinik und Behandlung. Stuttgart 1979.

List, G.: Aus der Forschungsgeschichte der Aphasie: Zum Begriff der »inneren Sprache«. In: Peuser, G. (Hrsg.): Aphasie in interdisziplinärer Sicht. Festschrift für Anton Leischner. Köln 1976, S. 103—116.

Peuser, G.: Aphasie. Eine Einführung in die Patholinguistik. München 1978.

Puller, B., Steiner, J., und Worms, U.: Materialien zur Aphasietherapie I. Leverkusen 1987 a.

Puller, B., Steiner, J., und Worms, U.: Materialien zur Aphasietherapie II. Leverkusen 1987 b.

Pulvermüller, F.: Kommunikative Aphasietherapie mit Sprachübungsspielen. Aphasie und verwandte Gebiete 1 (1988), S. 17—43.

Roth, V. M.: Aphasie als Dialogstörung beider Interaktionspartner. Verein Berner Logopäden, Bulletin 11 (1983), S. 22—26.

Roth, V. M.: Aphasietherapie und Sprechen in verteilten Rollen. In: Roth, V. M. (Hrsg.): Sprachtherapie. Tübingen 1984, S. 25—38.

Steiner, J.: Hinweise zur Benutzung der PACE-Fotokarten. Leverkusen 1988.

Steiner, J., und Worms, U.: Struktur und Kommunikation als komplementäre Elemente der Aphasietherapie. Die Sprachheilarbeit 33 (1988) 6, S. 297—300.

Tigges-Zuzok, C.: Behalten und Vergessen bei expressiver Aphasie — ein zentrales Problem der Aphasietherapie. Die Sprachheilarbeit 30 (1985) 6, S. 273—279.

Anschrift des Verfassers:
Jürgen Steiner
Oswald-Spengler-Straße 43
5090 Leverkusen 3

Jürgen Steiner ist Diplom-Pädagoge mit dem Schwerpunkt Sprachrehabilitation und leitet eine sprachtherapeutische Praxis in Leverkusen; Tätigkeit in einem Verlag und (Mit-)Autor verschiedener Veröffentlichungen/Materialien zur Aphasietherapie.

MAGAZIN

Einblicke

Die Sprachheilschule Baererstraße in Hamburg-Harburg feierte ihr fünfzigjähriges Bestehen

Am 1. April 1938 wurde die Harburger Sprachheilschule gegründet. Zwei Lehrkräfte nahmen damals den Unterricht mit 32 Kindern in zwei Sprachheilklassen auf. Öffentliche Beratungsstunden und Stotterer-Heilkurse an den Nachmittagen ergänzten die schulische Arbeit. Diese hoffnungsvolle Entwicklung wurde durch die Auswirkungen des Zweiten Weltkrieges unterbunden. Der Neubeginn erfolgte 1945 unter äußerst schwierigen und primitiven Bedingungen. Aufgrund des Engagements der Lehrerinnen und Lehrer entwickelte sich die Schule in den folgenden Jahren beständig fort. So konnten 1950 bereits fünf Sprachheilklassen betreut werden. 1956 kam der Schulkindergarten hinzu. 1959 vollzog sich durch die Einrichtung des Hauptschulzweiges der Ausbau zum vollen Schulsystem.

Die räumlichen Gegebenheiten konnten mit der Fortentwicklung der Schule nicht Schritt halten. Deshalb hatte sich das Kollegium jahrelang hartnäckig um eine ausreichende Unterbringung der anvertrauten Schülerschaft bemüht. Zur Genugtuung aller konnten Schüler und Lehrer 1961 in das neue Gebäude Baererstraße 81 einziehen.

Heute werden in der Einrichtung 170 Kinder und Jugendliche von 24 Lehrkräften in 14 Klassen unterrichtet.

Schüler, Eltern und Lehrer begingen das fünfzigjährige Jubiläum der Harburger Sprachheilschule zu einem Zeitpunkt einschneidender Veränderungen im Hamburger Sonderschulwesen. Die gegenwärtig vorherrschende Diskussion über die beste Förderung behinderter Kinder sollte nach Meinung des Kollegiums ihren Niederschlag in der Gestaltung des Jubiläums finden. Die Schulsenatorin, Frau Raab, war eingeladen worden mit der Bitte, in ihrem Festvortrag den gegenwärtigen und zukünftigen Stellenwert der Sonder-, speziell der Sprachheilschulen innerhalb des Spannungsfeldes Integration—Separation zu beleuchten. Frau Raab folgte der Einladung des Kollegiums und nahm am 1. Juni 1988 vor vielen geladenen Gästen zu diesem Problem Stellung (vgl. Die Sprachheilarbeit 33 [1988] 5, S. 251—252).

Von seiten der Schulleitung wurde deutlich gemacht, daß die Einrichtung des Modellversuchs »Integrationsklassen« (vgl. Die Sprachheilarbeit 33 [1988] 5, S. 247—249) eine Bereicherung des Hamburger Schulwesens darstellt. Gewarnt wurde allerdings vor der Auffassung, aus Kostengründen u. a. die Sprachheilschulen abzuschaffen, um Integrationsklassen flächendeckend anbieten zu können. Die Sprachheilschule müsse als Angebotsschule erhalten bleiben.

Energisch widersetzte sich der Vorsitzende der dgs-Landesgruppe Hamburg, Herr Klaus-Christian Becker, dem Strukturvorschlag des SPD-Bürgerschaftsabgeordneten Bodo Schümann, vom Schuljahr 1989/90 an keine Eingangsklassen mehr an Hamburger Sprachheilschulen einzurichten. Herr Becker zeigte klar die Vorteile der Betreuung sprachbehinderter Kinder in der Sprachheilschule auf.

Am 3. Juni 1988 hatten interessierte Gäste Gelegenheit, sich durch Hospitationen in den Klassen ein Bild über die Tätigkeit in der Sprachheilschule Baererstraße zu verschaffen. Auch die Ausstellung

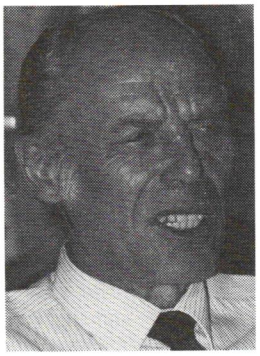
zur Projektwoche vom 16. bis 20. Mai 1988 trug dazu bei, den Leistungsstand der schulischen Arbeit zu dokumentieren.

Nach Auffassung des Kollegiums sollten aber auch die Schülerinnen und Schüler das Jubiläum in guter Erinnerung behalten. Deshalb war für den 2. Juni 1988 ein Besuch des Tierparks Hagenbeck organisiert worden, der dank zahlreicher Spenden für alle Kinder der Schule kostenlos war. Bei schönem Wetter gestaltete sich der Aufenthalt in dem Zoo zu einem besonderen Erlebnis.

Viel Spaß und Freude hatten die Kinder auf dem großen Schulfest am 4. Juni 1988. Zahlreiche Aktivitäten von seiten der Schüler, Eltern und Lehrer ließen die Jubiläumsveranstaltungen zum fünfzigjährigen Bestehen der Sprachheilschule Baererstraße eindrucksvoll ausklingen.

Bärbel Sander, Peter Niemann

Weitwinkel



Fritz Hinteregger wurde Ehrenvorsitzender der ÖGS

Am 1. Januar 1989 ging Oberschulrat Fritz Hinteregger, Direktor der Wiener Sprachheilschule, in Pension. Aus diesem Grunde kandidierte er auch nicht mehr als 1. Vorsitzender bei der Generalversammlung der Österreichischen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik im gleichen Monat. Aufgrund seiner erheblichen Verdienste für seinen Fachverband und für die Sprachheilpädagogik wurde Fritz Hinteregger von den Delegierten dieser Hauptversammlung zum Ehrenvorsitzenden der ÖGS gewählt.

Fritz Hinteregger ist seit 1947 als Lehrer tätig. Seit 1957 widmet er sich in Arbeit und Freizeit dem Wohl der sprachbehinderten Kinder. 1980 wurde er Leiter der Wiener Sprachheilschule. In der Lehrerfortbildung als Dozent am Pädagogischen Institut und als Mitglied der Prüfungskommission bemühte er sich um die fundierte Ausbildung der zukünftigen Sprachheilpädagogen. Für seine fachlich qualifizierte und von Engagement getragene Arbeit wurde ihm 1987 der Titel Oberschulrat verliehen.

Schon frühzeitig erkannte Fritz Hinteregger, daß er mit der Tätigkeit in der Schule allein nicht alle Gruppen Sprachbehinderter erreichen und die Entwicklung des österreichischen Sprachheilwesens ausreichend beeinflussen konnte. Darum gehörte er zu den Gründungsmitgliedern der ÖGS und arbeitete viele Jahre aktiv im Vorstand, zunächst als Versandleiter, dann als 1. Schriftführer und seit 1983 als 1. Vorsitzender. Es gelang ihm, ein Vorstandsteam aus den Reihen der Wiener Sprachheilschule zu bilden, das sehr aktiv, engagiert und harmonisch arbeitete. Besonders sollen hier die Verdienste Fritz Hintereggers in bezug auf die Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik gewürdigt werden. Er setzte sich stets für einen Ausbau und die Vertiefung dieser Zusammenarbeit ein. Dieses Bestreben fand seinen Ausdruck in der regelmäßigen Teilnahme an den Kongressen der dgs und dem kontinuierlichen Austausch von Grußworten und Referenten anläßlich dieser Veranstaltungen. Erwähnt werden sollen auch die von der ÖGS und dgs gemeinsam veranstalteten Arbeitstagungen und Vorstandssitzungen. Bei diesen Veranstaltungen zeigte sich Fritz Hinteregger als ein würdiger Repräsentant des österreichischen Sprachheilwesens, der neben großer Fachkompetenz auch menschliches Einfühlungsvermögen bewies. Diese Eigenschaften machten es dem neuen Bundesvorsitzenden der dgs im Jahre 1987 auch leicht, die guten fachlichen und menschlichen Kontakte, die bis dahin zwischen beiden Fachverbänden bestanden hatten, aufzunehmen und fortzuführen.

Fritz Hinteregger geht in Pension, aber seine Fachkompetenz und Erfahrungen bleiben der ÖGS erhalten, denn er gehört weiterhin dem Geschäftsführenden Ausschuß seines Verbandes an. Wir wünschen ihm Gesundheit, Schaffenskraft und etwas mehr Zeit zur Verwirklichung seiner persönlichen Wünsche.

Kurt Bielfeld

Hat sich Ihre Anschrift geändert?

Mitglieder der dgs:

Bitte benachrichtigen Sie in einem solchen Fall umgehend Ihre Landesgruppe der dgs.

Neue Vorsitzende der ÖGS: Inge Frühwirth

Am 28. Januar 1989 tagte in Wien die 10. Ordentliche Hauptversammlung der ÖGS. Ein wichtiger Tagesordnungspunkt war die Neuwahl des Vorstandes. Der bisherige 1. Vorsitzende, Herr Oberschulrat Fritz Hinteregger, kandidierte auf eigenen Wunsch nicht mehr für diese Position. Zur neuen Vorsitzenden der ÖGS wurde einstimmig Frau Inge Frühwirth gewählt. Die weiteren Vorstandspositionen wurden im wesentlichen von den bisherigen Inhabern wieder besetzt:

2. Vorsitzende: Marianne Keplinger
Friederike Meixner
Schriftführer: Konrad Kregcjk
Kassierer: Wilhelm Willner
Redakteure: Irene Bauer
Martina Ochoko-Stastny

Nach ihrer Wahl wandte sich Frau Frühwirth mit einer Grußbotschaft an den Bundesvorsitzenden der dgs und gab ihrer Hoffnung Ausdruck, daß die Zusammenarbeit zwischen beiden Vereinigungen, Vorständen und Mitgliedern gut bleibt.

Der Bundesvorsitzende der dgs übermittelte ihr und ihren Vorstandsmitgliedern die Glückwünsche der dgs anläßlich ihrer Wahl, verbunden mit der Zuversicht auf gute fachliche und kollegiale Zusammenarbeit.

Kurt Bielfeld

Landesverband Nordrhein-Westfalen der Eltern und Förderer sprachbehinderter Kinder und Jugendlicher

»Sprachbehindert zu sein ist kein Grund zum Schweigen«. Aus diesem Grunde haben sich Eltern und andere Interessierte zusammengefunden, um geschlossen die speziellen Probleme bei den verschiedensten Ansprechpartnern auf Landesebene zu vertreten.

Diese Arbeit läßt sich am wirkungsvollsten durch einen Landesverband verwirklichen. Dieser »Landesverband Nordrhein-Westfalen der Eltern und Förderer sprachbehinderter Kinder und Jugendlicher« ist nunmehr gegründet und im Vereinsregister eingetragen.

Seine Aufgaben sind:

a) Information der Öffentlichkeit und Eltern
b) Zusammenarbeit mit allen Organisationen und Institutionen ähnlicher Zielsetzung
c) Intensivierung der präventiven Maßnahmen bei Sprachbehinderten (Früherfassung und Frühbetreuung)
d) Verbesserung von Erziehung, Unterricht und Therapie sprachbehinderter Kinder und Jugendlicher
e) Förderung der schulischen, beruflichen und gesellschaftlichen Eingliederung Sprachbehinderter.

Nähere Informationen erteilt die Geschäftsstelle des Landesverbandes, Hildegardstraße 42, 5620 Velbert 1.

Detlef Weis

Wolfgang-Rosenthal-Gesellschaft e.V. stellt neue Informationsschrift vor

Am 17. Februar 1989 wurde auf einer Pressekonferenz in Herborn von der Wolfgang-Rosenthal-Gesellschaft (WRG) das fünfte Heft einer Informationsschriftenreihe vorgestellt, das sich mit der Sprachentwicklung und Sprachbehandlung bei Lippen-, Kiefer-, Gaumen- und Segelspaltenkindern befaßt.

Darin wird in einem Vorwort an die Eltern gesagt, daß das Heft »... aus der Sicht des Logopäden die Zusammenhänge zwischen Spaltbildung und Sprachentwicklung aufzeigen und Wege der Einflußnahme verdeutlichen (will). Mit der Vielzahl der aufgeführten praktischen Hilfen soll (...) die Möglichkeit gegeben werden, die Entwicklung der Sprache und die dazu notwendigen therapeutischen Maßnahmen zu unterstützen. Stimm- und Artikulationsübungen sind absichtlich weggelassen worden, weil sie nur unter fachkundiger Anleitung gemacht werden sollten.«

Abgesehen davon, daß in der neuen Schrift nur noch *eine* sprachtherapeutische Berufsgruppe (Logopäde) genannt wird, reiht sich das Heft in seinem wichtigen Aufklärungscharakter nahtlos an die bisher herausgegebenen an. Hier hat die WRG als »Selbsthilfevereinigung zur Förderung der Behandlung der Lippen-, Kiefer-, Gaumen- und Segelspaltträger« eine besonders gute Wirkungsmöglichkeit erreicht, um die Situation dieser Behinderten zu verbessern.

Der 1981 gegründete Verein hat jedoch noch weitergehende Ziele und Aufgaben, die in einem Handzettel wie folgt angegeben werden:

»Beratung und Information von Spaltträgern bzw. deren Eltern, Aufklärung der Öffentlichkeit, Unterstützung bestehender bzw. zu errichtender, spezieller Behandlungszentren. Wir beraten und

informieren über geeignete Erstbehandlung der LKGS-Spaltträger, Möglichkeiten der Zweit-(Korrektur-)Behandlungen, Ursachen und Vorbeugung von Spaltbildungen. Wir vermitteln Kontaktadressen von betroffenen Eltern, die bereit sind, ihre Erfahrungen bei der Behandlung ihrer Kinder weiterzugeben.«

Um die Verbindung mit den Betroffenen noch enger zu gestalten, gibt es seit dem 1. Februar 1989 in Waldems bei Wiesbaden nunmehr auch eine Kontakt- und Beratungsstelle für Spaltpatienten, wo ausführlichere Gespräche möglich sind. Nicht zuletzt sollte die Pressekonferenz auch die seit zehn Jahren am Friedrich-Zimmer-Krankenhaus in Herborn sehr erfolgreichen Spaltoperationen und -behandlungen würdigen, die unter Prof. Dr. Dr. Josef Koch vorgenommen werden.

Die Geschäftsstelle der WRG befindet sich in der Paul-Schneider-Straße 12 in 6338 Hüttenberg, Telefon (06403) 55 75 oder 24 69. *Arno Schulze*

B.I.A.P Internationales Büro für Audiophonologie

Aktivitäten 1988 und Programm der Kommissionen 1989 (Auswahl):

biap-Kommission 03/05 — Ausbildung—Gesetzgebung—Deontologie: Erstellung einer Ausbildungs- und Berufsordnung für Orthophonisten/Logopäden. Definition der Psychomotorik. Definition der Audiologistik.

biap-Kommission 20 — Sprache: Erstellung einer Liste von Testmaterial und ihrer objektiven Analyse. Analyse der Spontansprache des Kindes — Analyse des freien Sprechens.

biap-Kommission 24 — Früherkennung kindlicher Sprachstörungen: Ziel: Erstellung einer einfachen Liste von »Alarmzeichen« zur Sensibilisierung von Medizinern, Vertretern von medizinischen Heilhilfsberufen, von Personal in Kinderkrippen und Kindergärten und der Familien. Bericht von multidisziplinären Arbeitstagungen, Entwurf des ersten Textes einer Empfehlung.

Ideenplatz

Mundspiel »Circus Lipporelli«

Die Förderung der Mundmotorik ist traditioneller Bestandteil der Sprachtherapie, speziell bei Dyslalien. Viele Sprachstörungen stehen in enger Verbindung zu einer nicht adäquat gelingenden Funktionsleistung im Mundbereich. Aus dieser Erfahrung heraus wurden immer wieder Vorschläge zu entsprechenden Funktionsübungen der Artikulationsorgane unterbreitet. Ebenso häufig war die Meinung zu hören, daß diese Übungen nun einmal als Notwendigkeit zu akzeptieren seien, auch wenn sie in der Form relativ stupide für das betroffene Kind wirken. Hier wird die These vertreten, daß auch funktionelles Erarbeiten von Mundbewegungsmustern Spaß machen kann, wenn es spielerisch eingebunden wird. Wir nennen solche Spielmöglichkeiten Mundspiele. Der »Circus Lipporelli« ist ein Vorschlag für dieses Anliegen. Benötigt werden einige Utensilien wie Spatel, Wattebausch, Strohhalm, Knopf und Faden und eine Mundhantel. Das Kind oder eine Gruppe von Kindern führt den Zuschauern (Kindergartengruppe oder Schulklasse) die Kunststücke vor, der Sprachtherapeut fungiert als Circusansager. Lustig ist auch das Umdrehen der Rollen, der Sprachtherapeut versucht, seine Mundgeschicklichkeit zu beweisen, und das Kind spricht die entsprechenden Verse.

Eine Sammlung von Mundspielen und neuen Fingerspielen findet der interessierte Praktiker in dem im Februar/März 1989 herausgekommenen Band: Fingerflohmarkt und Zungenbazar. Kinderlitzchen zur Sprachförderung. Kinders-Verlag, Axel Holtz, Haus 23, 7901 Hinterdenkental.

1) Circus Lipporelli ist in der Stadt,
seht, was er für Akrobaten hat.
2) Hereinspaziert, hereinspaziert,
Circus Lipporelli präsentiert:
3) Das ist unser(e) starke(r) Lippi (Lilli) Lippus,
zur Begrüßung wirft er (sie) einen Handkuß.
4) Dann stemmt er (sie) die Hantel hoch zum Nasenloch,
aber bitte, applaudieren Sie doch.
5) Den Knopf hält er (sie) als nächstes fest,
den er (sie) nicht mehr aus den Lippen läßt.
6) Auch der kommende Trick ist kaum zu glauben,
wer kann schon Wattebällchen saugen?
7) Als Höhepunkt nun können seine (ihre) Lippen
mit dem hölzernen Spatel wippen.
8) So geht die Vorstellung zu Ende,
bitte klatschen Sie noch mal in Ihre Hände.

Erläuterungen: 3) Handkuß ins Publikum. 4) Holzstab mit zwei Korken an den Enden mit der Oberlippe festhalten. 5) Einen am Band befestigten Knopf zwischen Zähnen und Lippen halten, der Partner zieht am Faden. 6) Mit dem Strohhalm Wattebällchen ansaugen und in die Höhe heben. 7) Holzspatel an einem Ende zwischen die Lippen klemmen und damit wippen. *Axel Holtz*

dgs-Nachrichten

Landesgruppe Rheinland

Im Januar 1989 hat der Landesarzt für Sprachgeschädigte Rheinland eine *Neufassung der Richtlinien zur Durchführung von Sprachheilbehandlungen in der kommunalen Sprachbehindertenhilfe* vorgelegt. In den Vorbemerkungen wird hierzu ausgeführt:

»Diese Richtlinien wollen den kommunalen Leistungserbringern (Jugend-, Sozial- bzw. Gesundheitsämtern) dabei behilflich sein, ihre durchzuführenden Sprachheilbehandlungen modernen Anforderungen entsprechend sachgerecht zu leisten. Nachdem 1983 die Heilmittel- und Hilfsmittelrichtlinien in Kraft getreten waren, die bei notwendiger Sprachtherapie die Bedingungen für eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse gemäß RVO verbindlich regelten, waren auch für den Sozialhilfeträger, der Hilfen für Sprachbehinderte gemäß BSHG leistet, entsprechende Konsequenzen zu ziehen. Aus dem spezifischen Aufgabenbereich der kommunalen Sprachbehindertenhilfe heraus ergab sich die Notwendigkeit, unter Berücksichtigung der Heilmittelrichtlinien Abschnitt E eigene Richtlinien zu erstellen. Nach Ablaufen der im Logopädengesetz vom 7. Mai 1980 genannten Übergangsfrist waren die ersten ‚Richtlinien zur Durchführung von Sprachheilbehandlungen in der kommunalen Sprachbehindertenhilfe' am 1. Oktober 1985 in Kraft getreten. Die 1988 überarbeiteten Heilmittel- und Hilfsmittelrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sowie Bestimmungen aus dem Gesundheitsreformgesetz (GRG) sind in der vorliegenden Überarbeitung berücksichtigt. In wesentlichen Teilen sind diese Richtlinien mit der Arbeitsgemeinschaft kommunaler Sprachheilbeauftragter Rheinland abgestimmt.«

Auf eine Kommentierung dieser hilfreichen Unterlage — für die zu Betreuenden, die Kommunen, die Therapeuten sowie für die Sprachheilbeauftragten — wird verzichtet. Vielmehr soll hier auf die behandelten Abschnitte hingewiesen werden. Im einzelnen werden behandelt:

— Aufgaben der kommunalen Sprachbehindertenhilfe
— Fragen der Behandlungsbedürftigkeit
— Indikation der Störungen
— Dauer der Therapie(n)
— Qualifikationsbedingungen der Behandler.

Die Behandler werden verpflichtet, jährlich mindestens an einer Fortbildungsveranstaltung teilzunehmen.

Heribert Gathen

Fortbildungsveranstaltung und Jahreshauptversammlung der dgs-Landesgruppe Saarland in Lebach

Am 23. Februar 1989 fand in Lebach die Jahreshauptversammlung in Verbindung mit einer Fortbildungsveranstaltung statt.

Dr. Herbert Günther (Staatliche Schule für Schwerhörige, Püttlingen) und Dr. Willi Günther (Sprachheilschule Trier) referierten zu dem Thema: »Auditive Wahrnehmung und Störungen der Sprachentwicklung.«

Im ersten Teil des Vortrages stellte Dr. Willi Günther zunächst heraus, daß Sprachstörungen im vorschulischen Bereich gehäuft mit gestörten Sensorik- und Motorikprozessen gekoppelt sind. Sprache und Sprachvermögen beruhen auf zahlreichen Integrationsprozessen sinnlicher Wahrnehmung, weshalb sie besonders geeignet erscheinen, auf Entwicklungsverzögerungen hinzuweisen, falls es zu Unregelmäßigkeiten bei der Wahrnehmungsverarbeitung kommt. Zwar wurde bisher in der Fachliteratur vereinzelt von auditiven Wahrnehmungsdefiziten sprachgestörter Kinder berichtet, jedoch ergaben sich dadurch für den Praktiker weder in diagnostischer noch in therapeutischer Hinsicht konkrete Zugriffsmöglichkeiten.

Der Referent stellt auf der Basis der kommunikationstheoretischen Sichtweise von Radigk, dem neuropsychologisch fundierten Konzept der Teilleistungsschwächen von Graichen und der Vorstellung der Funktionellen Systeme von Anochin ein Modell der auditiven Wahrnehmung mit elf zentralen auditiven Funktionen vor.

Mit diesem Modell, so Dr. W. Günther, wurden in den Bundesländern Bayern, Rheinland-Pfalz und Saarland 135 normalsprechende, dyslalischsprechende und sprachentwicklungsverzögerte Kinder im Alter von vier Jahren bezüglich der auditiven Wahrnehmung untersucht. Die Ergebnisse dieser Studie machen deutlich, daß dyslalischsprechende Kinder im Vergleich zu den normalsprechenden Altersgenossen ein funktionell begrenztes Störungsbild der auditiven Wahrnehmung aufweisen, während bei den Sprachentwicklungsverzögerten von einer globalen, schweren und umfänglichen Beeinträchtigung der Auditivität gesprochen werden muß.

Im zweiten Teil dieser Fortbildungsveranstaltung zeigte Dr. Herbert Günther am Beispiel eines vierjährigen sprachentwicklungsverzögerten Mädchens, wie das Problem der auditiven Wahrnehmung diagnostisch und therapeutisch angegangen werden kann. Auf der ersten Ebene einer prozeßorientierten und hypothesengeleiteten differentiellen Diagnostik wird bei dem Kind zunächst

die Diagnose des sprachlichen Verhaltens angestrebt. Auf der zweiten Ebene geht es um die Teilfunktionen und Dysfunktionen des ZNS, die für die vorliegende Sprachstörung möglicherweise verantwortlich zu machen sind. Auf der dritten Ebene steht die Abklärung der ätiologischen Faktoren im Vordergrund, sofern diese störenden Einflüsse zum Zeitpunkt der Diagnostik immer noch wirksam sind und die sprachtherapeutische Intervention behindern.

Abschließend machte der Referent im vorliegenden Fallbeispiel konkrete Vorschläge zur Förderung einiger auditiver Funktionen, wobei zwischen einer Basis-Therapie (Training vorsprachlicher Basisfunktionen in den Bereichen der Motorik und Wahrnehmung) und einer Individual-Therapie (Training und Therapie sprachlicher Funktionen) unterschieden wurde.

Einige der auf dem deutschsprachigen Medienmarkt anzutreffenden Hörerziehungsprogramme wurden kritisch auf ihren sprachtherapeutischen Einsatz hin vorgestellt.

Dr. H. Günther machte abschließend jedoch deutlich, daß es sich bei dieser Förderkonzeption keineswegs um ein isoliertes Funktionstraining handelt, sondern um ein ganzheitlich ausgerichtetes und mehrdimensional orientiertes Therapiekonzept.

Im Anschluß an diese Fortbildungsveranstaltung fand die Mitgliederversammlung der dgs-Landesgruppe Saarland mit den Vorstandsberichten und Wahlen zum neuen Vorstand statt. Wahl des neuen Vorstandes: 1. Vorsitzender: Toni Lauck. 2. Vorsitzender: Manfred Bohr. Geschäftsführerin: Hildegard Breinig. Rechnungsführer: Dieter Trautmann. Schriftführer: Dr. Herbert Günther.

Abschließend ging der 1. Vorsitzende Toni Lauck auf das Gesundheitsreformgesetz ein und machte auf einige Auswirkungen dieses Gesetzes bei der Therapie mit Sprachbehinderten aufmerksam.

Herbert Günther

Materialien und Medien

Spiele zur Sprachtherapie

Es gehört längst zum kleinen Einmaleins sprachheilpädagogischen Arbeitens, Sprachtherapie mit Kindern im Vorschul- oder Grundschulalter spielerisch zu gestalten. Die Kinder sollen möglichst spielend und damit freudvoll Zugang zu den angestrebten sprachlichen Gewohnheiten finden und im besten Fall gar nicht spüren, daß sie »behandelt« werden.

Medien und Materialien, besonders einige aus der jüngeren Zeit, bieten manch willkommene Hilfestellung bei dem Bemühen von Sprachtherapeuten, dem öden Drill verpönter sprechgymnastischer Übungen wirklich abzuschwören. Das Spektrum der bisher verfügbaren guten Angebote reicht von den ideenreichen Spiel- und Übungsvorschlägen, die *Gollwitz* im Selbstverlag veröffentlicht hat, bis hin zu jenen abwechslungsreichen Materialien aus dem Sprachheilzentrum Ravensburg von den beiden Autoren *Frank* und *Grziwotz*. Und selbst die umfangreichen Sammlungen von Vorschlägen bei *Fried* bzw. *Fried* und *Christmann* aus dem Beltz-Verlag könnten erwähnt werden (obgleich diese hier mit kritischen Einwänden bedacht worden sind).

Diese nur ausschnitthaft genannte Angebotspalette hat seit einiger Zeit eine Erweiterung erfahren. Das Material, dem wir hier Aufmerksamkeit zuteil werden lassen wollen, heißt »Spiele zur Sprachtherapie«. Seine vollständigen bibliographischen Markierungen sind:

Spiele zur Sprachherapie.
Autorin:
Marion Hermann.
Verlag gruppenpädagogischer Literatur,
Postfach 26,
6393 Wehrheim 1/Ts.,
1986, 2. Auflage.
Karteikasten.
79,80 DM.

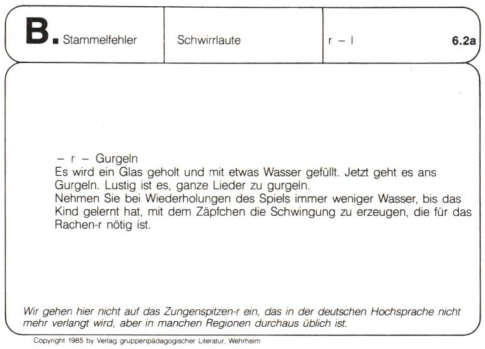
Aufmachung und Handhabung sind ansprechend, handelt es sich dabei doch um einen kompakten, aufklappbaren Karteikasten mit Kunststoffbeschichtung. In ihm befinden sich 195 postkartengroße Karteikarten aus Kartonpapier.

Das Material ist in fünf Kapitel (mit jeweils andersfarbigem Karton) unterteilt: S-Fehler (32 Karten) — Stammelfehler (56) — Dysgrammatismus (48) — Stottern (32) — Atem und Stimme (27).

Die Karten haben eine nahezu gleiche Aufmachung: Auf einer Kopfleiste sind das jeweilige Kapitel, die Gruppe und die Bezeichnung der Übung vermerkt; im mittleren Hauptfeld wird die Übung beschrieben; am unteren Rand stehen methodische Hinweise (siehe das nachstehende Beispiel).

Zusätzlich enthält der Kasten ein 60seitiges Beiheft mit erläuternden Hinweisen zu Zielsetzungen und Einsatzmöglichkeiten, Aufbau und Inhalt der Sammlung. Weiterhin ist ein 16seitiges Inhaltsverzeichnis beigegeben.

Die Autorin, selbst Sprachtherapeutin, schlägt vor, daß die Angebote zunächst in die Hände von The-


B. Stammelfehler | Schwirrlaute | r – l | 6.2a

– r – Gurgeln
Es wird ein Glas geholt und mit etwas Wasser gefüllt. Jetzt geht es ans Gurgeln. Lustig ist es, ganze Lieder zu gurgeln.
Nehmen Sie bei Wiederholungen des Spiels immer weniger Wasser, bis das Kind gelernt hat, mit dem Zäpfchen die Schwingung zu erzeugen, die für das Rachen-r nötig ist.

Wir gehen hier nicht auf das Zungenspitzen-r ein, das in der deutschen Hochsprache nicht mehr verlangt wird, aber in manchen Regionen durchaus üblich ist.

Copyright 1985 by Verlag gruppenpädagogischer Literatur, Wehrheim

Abbildung 1: Beispiel (verkleinert)

rapeuten gehörten und über diese dann ausgewählt und angeleitet auch an Eltern, Erzieher oder Grundschullehrer für deren begleitende, unterstützende Aufgaben gelangen könnten/sollten. Allerdings will sie nicht ausschließen, daß das Material auch direkt an »Laien« geht, nämlich dann, wenn Sprachförderung im weitesten Sinne indiziert ist. (Ob das sinnvoll oder lediglich primär verkaufsfördernd ist, soll hier nicht erörtert werden. Ich kann jedoch meine Bedenken dagegen, wie ausführlich im Zusammenhang der Materialien von *Fried* geschehen, nicht verhehlen.)

Obwohl jedes der Kapitel eine spezielle Gliederung und Schwerpunktbildung aufweist, war die Autorin bemüht, bestimmte Gestaltungs- und Auswahlprinzipien störungsunabhängig zum Tragen zu bringen: So sind Übungen zur Verbesserung der Wahrnehmung und der Feinmotorik ebenso wie solche zum Abbau von Sprechängsten und Hemmungen durchgängig enthalten.

Im übrigen wird der Benutzer manches finden, was so neu nicht ist: So summen bei den Übungen zur Verbesserung der S-Laute die unvermeidlichen Bienen und Hummeln; bei den Stammler-Übungen fehlen die speziellen Angebote zum Funktionstraining der Sprechwerkzeuge nicht; und die neun Abschnitte im Kapitel Dysgrammatismus erinnern in der Abfolge Nomen, Artikel, Verben bis hin zu Präpositionen an Bekanntes wie »Wir wollen gute Sätze bauen« usw.

Dies alles muß ja kein Nachteil sein, wenn auf der anderen Seite ein Material vorliegt, das kompakt, übersichtlich angeordnet und breit gefächert ist und das darüber hinaus dem Anwender genügend Freiraum gibt und keinen allzugroßen Materialaufwand erfordert.

Anzumerken bleibt noch: Der/die berufserfahrene Sprachtherapeut/in wird wissen, vorausgesetzt er/sie kennt und nutzt die anderen, vergleichbaren Angebote, daß der auch in diesem Falle bemühte Begriff »Spiel« nur dann zutrifft, wenn man ihn erweitert auf absichtsvolle therapeutische Aktivitäten mit klar definiertem und geplanten Übungscharakter. Viele Kinder durchschauen dies und entlarven derartige Bemühungen als falsches Etikett.

Jürgen Teumer

Rezensionen

Ständige Konferenz der Logopädenlehranstaltsleitungen

Fachtagung der Lehrlogopäden

Curriculum
für die Ausbildung des Logopäden
nach der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden in der Bundesrepublik Deutschland (LogAPrO) vom 1. Oktober 1980

Ständige Konferenz der Logopädenlehranstaltsleitungen und Fachtagung der Lehrlogopäden (Hrsg.): Curriculum für die Ausbildung des Logopäden nach der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden in der Bundesrepublik Deutschland (LogAPrO) vom 1. Oktober 1980. Renate Gross Verlag, Bingen 1988. XXIII, 127 Seiten. Kartoniert. 22 DM.

Das vorliegende Buch stellt bereits die dritte Fassung eines Curriculums für die Ausbildung von Logopäden dar. Sie wurde ausgelöst durch das Inkrafttreten des Gesetzes über den Beruf des Logopäden und der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für Logopäden, beides 1980 geschehen. Vorausgegangen waren entsprechende Bemühungen 1974 und 1978. Immer ging und geht es um den Versuch, die Ausbildung in den Logopädenlehranstalten auf einen vergleichbaren und möglichst einheitlichen Stand zu bringen und die jeweils aktuellen Kenntnisse in die theoretische und praktische Ausbildung der Logopädenschüler aufzunehmen. Diese Arbeit gleicht derjenigen des Sisyphus, der ja bekanntlich zu einem nie ans Ziel führenden Steinwälzen verurteilt war, wobei ich — anders als bei der Gestalt aus der griechischen Sage — die hier geleistete Arbeit nicht mit dem Verdikt der Sinnlosigkeit versehen möchte, obwohl es in der Natur der Sache liegt, daß manches im Moment des Erscheinens bereits wieder der Revision bedarf. Immerhin sind es Empfehlungen oder Orientierungen, die sicher brauchbare Arbeitsgrundlagen für die einzelnen Ausbildungsstätten darstellen.

Entsprechend der o. a. Verordnung gliedert sich

der Inhalt des Buches in Ausführungen zum theoretischen und praktischen Unterricht einerseits sowie zur praktischen Ausbildung andererseits, d. h., die allgemeinen und speziellen Lernziele — beginnend mit denjenigen zur Berufs-, Gesetzes- und Staatsbürgerkunde bis hin zu jenen zur Sprecherziehung und zur Musiktherapie — werden detailliert aufgelistet. Besonders umfangreich sind die beiden Kapitel zur Theorie bzw. zur Praxis der Logopädie, für die im Ausbildungsplan ja herausragende Stundenanteile (480 bzw. 1520) festgeschrieben worden sind.

Am Ende entsteht das Bild eines in nahezu allen theoretischen und praktischen Belangen seines beruflichen Betätigungsfeldes hinreichend vorbereiteten Absolventen der Logopädenausbildung. Daß die Realität dieser Zielvorstellung nie entspricht, bestenfalls immer nur nahekommt, weiß jeder, der sich in diesem Metier auskennt. Ausbildungs- und Prüfungsordnungen zu erstellen und sie inhaltlich auszugestalten ist die eine Seite, sie umzusetzen in der täglichen Bewährung die andere, meistens die noch schwerere. Das wissen selbstverständlich auch die Autoren und Berater der beiden Herausgebergremien dieses Buches, die versammelte Kompetenz der Phoniater, Lehrlogopäden und Fachdozenten an den Ausbildungsstätten, welche von A *(von Arentsschild)* bis Z *(Zopf)* reicht und insgesamt 101 Personen von Rang und Namen umfaßt. Ihnen ist natürlich auch bekannt, daß die Umstände (z. B. die methodisch-didaktischen Fähigkeiten der Dozenten) und die Verhältnisse (z. B. der Personalschlüssel oder die Stellenpläne) nicht immer so sind, wie man sie sich wünschte (vgl. dazu die jüngst veröffentlichten Umfrageergebnisse des Zentralverbandes für Logopädie und die Initiativen zur Änderung der LogAPrO, Sprache—Stimme—Gehör 12 [1988] Einlageblätter S. XI/XII).

Das Buch ist sicher ein willkommener Anlaß für alle jene, die — wie der Rezensent — Verantwortung für die Ausbildung von Sprachheilpädagogen tragen, über die an den Universitäten und Pädagogischen Hochschulen vorhandenen Curricula und deren Revisionsbedürfnisse nachzudenken. Konkurrierende Vergleiche zwischen unterschiedlichen Ausbildungs- und Studiengängen, hie Sprachheilpädagogen, dort Logopäden, sollten sich auch auf der Grundlage dieses Buches verbieten. Zu Papier gebrachte Inhaltskataloge mit Empfehlungscharakter sind hierfür allemal ungeeignet, weil das Papier bekanntlich die Eigenschaft besitzt, besonders geduldig zu sein. Aber dennoch: Als katalogisierte Orientierungshilfe möchte ich das Buch mindestens den Kolleginnen und Kollegen an den Studienstätten nachdrücklich empfehlen.

Jürgen Teumer

Klaus-B. Günther (Hrsg.): Sprachstörungen: Probleme ihrer Diagnostik bei mentalen Retardierungen, Entwicklungsdysphasien und Aphasien. Edition Schindele, Heidelberg 1988. 354 Seiten. 38 DM.

In dem zu besprechenden Buch sind vierzehn Beiträge von Sprachheilpädagogen, Linguisten, Psychologen, Medizinern und Logopäden enthalten.

Der einleitende Beitrag von *Schaner-Wolles* mit dem Titel »Linguistische Überlegungen zur Diagnostik von Sprachentwicklungsauffälligkeiten« beschäftigt sich mit einer Testbatterie, die die Sprache von Menschen mit Down-Syndrom systematisch erfassen will. Damit wird in den ersten Themenbereich dieses Bandes, nämlich Probleme der Diagnose von Sprachentwicklung und -störungen von Personen mit mentaler Retardierung, eingeführt. Zu diesem Komplex sind noch zwei weitere Referate genannt: Im ersten berichtet *Sarimski* über »Erfahrungen mit den Sprachentwicklungsskalen von *Reynell* bei geistigbehinderten Kindern«. Im Anschluß daran werden von *Wolf* Aussagen »Zur Diagnose des Sprachvermögens jugendlicher und erwachsener Geistigbehinderter« getroffen.

In diesem ersten Schwerpunkt befassen sich die Autoren mit einem Bereich, der u. a. auch von der Sprachbehindertenpädagogik bisher stark vernachlässigt worden ist. So wird es jeder in der Arbeit mit Geistigbehinderten tätige Therapeut oder Lehrer begrüßen, Untersuchungsverfahren vorzufinden, die den — sprachlichen — Besonderheiten ihrer Klientel gerecht werden. Die drei genannten Aufsätze stellen dazu eine gut strukturierte, aktuelle Informationsgrundlage dar, die auf adäquatem Niveau Alternativen zur häufig anzutreffenden diagnostischen Praxis aufzeigt. Nicht nur »Praktiker« werden sich von diesen Beiträgen angesprochen fühlen.

Mit dem Referat »Patholinguistische Phänomene der Entwicklungsdysphasien als Zielbereiche der Sprachdiagnostik« von *Dannenbauer* wird der

zweite Themenschwerpunkt eröffnet. Der Autor setzt zunächst einen Akzent auf den sprachproduktiven Bereich, bevor er in seinem zweiten Beitrag mit *Chipman* auf »Probleme der Erfassung kindlicher Strategien des Satzverständnisses« eingeht.

Am Beispiel des Aktiven Wortschatztests für 3—6-jährige Kinder (AWST) zeigt *Günther* Probleme der Diagnostik lexikalisch semantischer Entwicklungsstörungen auf. Anschließend wird *Günthers* Kritik, »daß unter dem Aspekt der Therapierelevanz eine rein quantitative Auswertung eines Tests relativ bedeutungslos ist«, in dem Beitrag von *Heidtmann* Rechnung getragen. »Freie Sprachproben und grammatische Entwicklungsstörungen« nennt die Verfasserin ihr Referat, das insbesondere qualitativ-orientierte Verfahren im Sinne der Analyse freier Sprachproben in den Mittelpunkt der Betrachtung rückt. *Hansens* Fallanalyse »Sprachwissenschaftliche Aspekte abweichenden Grammatikerwerbs«, der die Profilanalyse nach *Clahsen* zugrunde liegt, ist als stringente Fortsetzung des Themas aus einem analogen theoretischen Kontext zu sehen. Den Abschluß des zweiten Themenbereichs bildet der Beitrag von *Schöler* et al. mit dem Titel »Zur Sprachdiagnostik bei Sprachentwicklungsstörungen«.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß alle sechs Referate dazu beitragen, die Menge der Fragen bezüglich der Diagnose von Entwicklungsdysphasien nicht unbedeutend zu reduzieren. Als Ausdruck umfangreicher Forschungsarbeit werden Untersuchungsergebnisse vorgestellt, die die Dysphasie als sprachheilpädagogisches Problem aus unterschiedlicher Perspektive beleuchten und somit für den Leser eine gewisse Transparenz hergestellt wird. Wenn auch die skizzierten diagnostischen Maßnahmen nicht unmittelbar für jeden Untersucher zur alltäglichen Praxis gehören werden, so weisen sie doch auf eine Umorientierung in der Sprachdiagnostik hin. Das zu besprechende Buch sollte dazu beitragen können, verständlich vermittelte theoretische Überlegungen einem großen Fachpublikum zugänglich zu machen, um einen möglichst raschen Transfer in die Praxis zu erreichen.

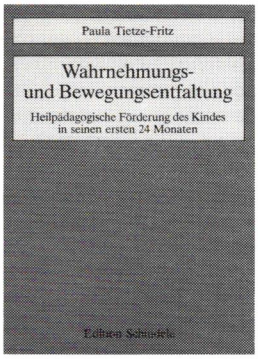
Der dritte und letzte Themenschwerpunkt befaßt sich mit der Diagnose von erworbenen Sprachstörungen. Fünf Beiträge zum Bereich Aphasie sind zu trennen in drei, die sich mit psycho-linguistischen bzw. neuro-linguistischen Aspekten der Diagnose von zentral-bedingten Störungen befassen, und zwei, die die Therapierelevanz von Untersuchungsverfahren in den Mittelpunkt der Betrachtung rücken.

Bauer und *Kaiser* heben den »Beitrag der Analyse sprachlicher Interaktion zu einer therapieorientierten Aphasiediagnostik« hervor, bevor *Andresen* sich mit der Problematik »Automatisiertes Sprechen und Aphasie-Reflexionen über zugrundeliegende Prozesse und Strukturen« auseinandersetzt. In seinem Referat »Linguistische Profilanalyse und Agrammatismus« unternimmt *Collings* den Versuch, die von *Clahsen* entwickelte Profilanalyse für die Diagnostik morpho-syntaktischer Störungen von Aphasikern nutzbar zu machen. *Pollow* nimmt »Zur therapeutischen Relevanz von Aphasieprüfverfahren« Stellung, und im letzten Beitrag dieses Bandes berichten *Huber* et al. über »Die Diagnose von aphasischen Leistungsdissoziationen beim lexikalischen Diskriminieren«. Für diesen dritten Bereich ist anzumerken, daß insbesondere die Arbeiten von *Bauer* und *Kaiser* sowie von *Pollow* auch dem weniger in die Thematik involvierten Leser Informationen und Anregungen vermitteln. Die anderen Referate setzen recht hohe theoretische Grundlagen voraus, um die zweifelsfrei relevanten und gut strukturierten Inhalte umsetzen zu können.

Abschließend kann für das Buch »Sprachstörungen« nur eine uneingeschränkte Empfehlung ausgesprochen werden. Prominente Fachvertreter verstehen es, ihr Problembewußtsein gegenüber den herkömmlichen Diagnoseverfahren bzw. ihren Aussagemöglichkeiten fundiert und verständlich zu artikulieren. Darüber hinaus werden notwendige Ergänzungen und alternative diagnostische Vorgehensweisen aufgezeigt. Trotz dreier auf den ersten Blick recht unterschiedlich scheinender Störungsbereiche entsteht für den Leser nie der Eindruck, als wären die einzelnen Schwerpunktthemen willkürlich und unzusammenhängend aneinandergereiht.

Die verbindende »Klammer«, Theorieadäquatheit, Situationsangemessenheit und vor allem Therapierelevanz eines jeden Diagnoseverfahrens zu hinterfragen, ist in jedem Referat deutlich zu erkennen. Dadurch wird dem Leser gewissermaßen »störungsübergreifend« deutlich, daß es verschiedene Kriterien für Diagnostik gibt, die durchaus als Conditio sine qua non postuliert werden können, unabhängig davon, ob die Sprache eines Geistigbehinderten, eines dysphasischen Kindes oder eines aphasischen Erwachsenen zu untersuchen ist. Es handelt sich also um ein Buch, das sowohl für Ausbildungszwecke als auch für bereits in der Praxis stehende Kolleginnen und Kollegen überaus geeignet erscheint.

Uwe Förster



Paula Tietze-Fritz: Wahrnehmungs- und Bewegungsentfaltung. Heilpädagogische Förderung des Kindes in seinen ersten 24 Monaten. Edition Schindele, Heidelberg 1988. Kartoniert. 27 DM.

Die Autorin wendet sich mit dieser Neuerscheinung an Fachtherapeuten, Mediziner, Psychologen, Pädagogen und Eltern, die in ihrem pädagogischen Handeln die erforderliche Integration von sowohl therapeutischen als auch erzieherischen Maßnahmen zu realisieren versuchen.

Im ersten Teil stellt die Verfasserin die sensomotorische Entwicklung dar und unterstreicht einerseits die Bedeutung dieser Phasen und andererseits die Notwendigkeit einer lebendigen Eltern-Kind-Interaktion für die Persönlichkeitswerdung des Kindes. Denn »die Zeit sensomotorischen Handelns ist die erste Form der Interaktion zwischen Kind und Umwelt« (S. 16).

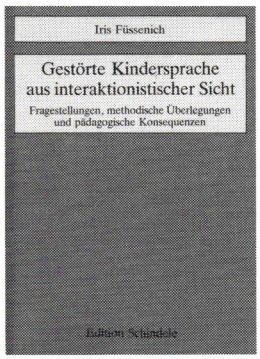
Der zweite Teil beschäftigt sich mit dem in seiner Entwicklung gefährdeten, verzögerten oder gestörten Kind, das möglichst frühe und auf den Entwicklungsstand sowie die Individualität zugeschnittene Lernanregungen und Hilfen in Form einer besonderen Erziehung benötigt. Ausführlich werden die verschiedenen intra- und interindividuellen Störungsmöglichkeiten aufgezeigt, wobei betont wird, daß es für das Finden des richtigen heilpädagogischen Förderansatzes bedeutsam ist, »Entwicklungsfaktoren und mögliche Erscheinungsformen einer Störung in ihrem Zusammenhang zu sehen« (S. 44).

Eine im dritten Teil vorhandene umfangreiche und systematische tabellarische Darstellung soll einen Vergleich zwischen gesundem und gestörtem kindlichen Handeln ermöglichen sowie dem Erzieher einen Überblick über typische kindliche Aktivitäten in den einzelnen Lebensmonaten (1—24) vermitteln.

Für Kinder, die in ihrem Verhalten und Handeln beeinträchtigt erscheinen, fordert die Autorin eine gezielte heilpädagogische Förderung der perzeptiven Möglichkeiten (4. Teil), die als grundlegende und ganzheitliche Entwicklungshilfe zu verstehen ist und »ohne die Verzögerungen nicht aufgeholt und Störungen nicht abgebaut werden können« (S. 121). Neben Ausführungen zu heilpädagogischen Interventionen, die u. a. in den Bereichen Prävention, Förderung, Beratung, Diagnostik erfolgen, wird exemplarisch aus der Praxis heilpädagogischen Handelns berichtet.

Die neben den bildhaften Darstellungen in einer Vielzahl vorhandenen praktischen Hinweise und Beispiele sowie die wertvollen Erfahrungen und Anregungen lassen dieses Buch besonders für alle mit der Frühförderung eines Kindes befaßten Personen als interessant und lesenswert erscheinen. Zu wünschen ist, daß das Anliegen der Autorin, auf die Notwendigkeit der Hineinnahme beeinträchtigter Kinder in gemeinsame Lebensprozesse und -situationen aufmerksam zu machen, auf eine breite Resonanz trifft und die Ausführungen zu einem interdisziplinären Verständnis heilpädagogischer Förderung beitragen.

Heiko Rodenwaldt



Iris Füssenich: Gestörte Kindersprache aus interaktionistischer Sicht. Fragestellungen, methodische Überlegungen und pädagogische Konsequenzen. Edition Schindele, Heidelberg 1987. Kartoniert. 34 DM.

Das Buch, in dem die Bedeutung der linguistischen Pragmatik bei der Erforschung von Kindersprache und speziell gestörter Kindersprache diskutiert wird, stellt die gekürzte und überarbeitete Fassung der Habilitationsschrift der Autorin dar.

Inhaltlich werden vorwiegend Untersuchungen aus dem angloamerikanischen Sprachraum vorgestellt, da umfassende Untersuchungen aus dem deutschsprachigen Gebiet nicht vorliegen. Dieses Forschungsdefizit begründet zugleich das Ziel dieser Arbeit, »einen Überblick über Fragestellungen, Vorgehensweisen, Ergebnisse und methodische Konsequenzen zu geben, um daraus Ansatz-

punkte und Forderungen für systematische und umfassende Longitudinalstudien über gestörte Kindersprache im deutschsprachigen Raum zu entwickeln« (S. 14). Neben der Diskussion um den Zusammenhang der Fähigkeit auf den einzelnen Sprachebenen wird weiterhin auf die Bedeutung des Kommunikationspartners sowie der situativen Faktoren für die Herausbildung von Sprechhandlungsfähigkeit hingewiesen. Grundlegend für die Arbeit ist eine mehrdimensionale Sicht von in der Regel multifaktoriell bedingten kindlichen Sprachentwicklungsstörungen, die sowohl die Kommunikationsprozesse als auch die Persönlichkeitsentwicklung beeinträchtigen bzw. gefährden können.

Für die Analyse von (gestörter) Kindersprache fordert die Verfasserin, »nicht mehr von isolierten kindlichen Äußerungen auszugehen, sondern das *handelnde* Kind in Interaktion mit seinen Gesprächspartnern als Ausgangspunkt zu wählen« (S. 65).

Zur Beschreibung der kommunikativen Fähigkeiten (Pragmatik im engeren Verständnis) werden zwei Bereiche betrachtet, in deren Mittelpunkt jeweils eine zentrale Frage steht: wie sprachentwicklungsgestörte Kinder kommunikative Absichten äußern, und zum anderen, wie sie lernen, den Ablauf von Gesprächen gemeinsam zu gestalten bzw. ob diese Kinder in der Lage sind, Gespräche zu organisieren und zu strukturieren. Anschließend wird auf das weitere Verständnis von Pragmatik eingegangen und die Frage diskutiert, wie Kinder die für eine erfolgreiche Kommunikation notwendige Fähigkeit lernen, die Perspektive des Zuhörers zu berücksichtigen.

Zum Schluß der Arbeit wird auf der Grundlage einer funktionalistischen Sicht von Sprachentwicklung das kindliche Sprachlernverhalten in den Mittelpunkt der Betrachtung gerückt sowie Aspekte von grammatischer und semantischer Entwicklung aufgegriffen und ihre Verbindung zur Pragmatik dargestellt. Kindliche Äußerungen werden dabei als Ausdruck von Lernprozessen verstanden, die von Beginn an durch die Übernahme sprachlicher Ganzheiten aus der Sprache der Umwelt geprägt sind.

Die Umsetzung des Hauptanliegens der Arbeit, »die Interdependenz der syntaktischen, semantischen und pragmatischen Sprachebene herauszustellen« (S. 273) und Konsequenzen für das pädagogische Handeln abzuleiten, ist der Autorin auf der Basis einer umfangreichen Verwendung von empirischen Arbeiten und Veröffentlichungen ohne Zweifel gelungen.

So bleibt zusammenfassend zu sagen, daß das Buch nicht nur einem interaktionistisch orientierten Leser zu empfehlen ist, sondern auch für einen grundsätzlich sprachwissenschaftlich interessierten Sprachbehindertenpädagogen beinhalten die Ausführungen weiterführende, wertvolle und neue Aspekte hinsichtlich der Bedeutung gestörter Kindersprache. Selbst für den der pragmatischen Linguistik distanziert gegenüberstehenden Praktiker enthält diese niveauvolle Publikation Anregungen und Denkanstöße, die das tägliche diagnostisch-therapeutische Handeln nachhaltig beeinflussen können.

Heiko Rodenwaldt

Jürgen Gössel: Lars — jetzt ein ganz normaler Junge. Schnetztor-Verlag, Konstanz 1988.
48 Seiten, 33 Abbildungen und 12 Illustrationen.
Kartoniert. 24,80 DM.

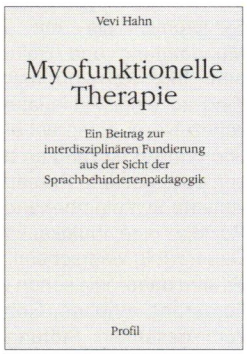
Die Geburt eines Kindes mit einer Lippen-Kiefer-Gaumenspalte löst bei den Eltern in der Regel starke psychische Belastungen aus. Hilf- und Orientierungslosigkeit, gepaart mit mannigfaltigen Ängsten und Sorgen um die Zukunft des Kindes sind die Folgen. Nicht immer haben die Betroffenen das Glück, neben der anerkanntermaßen vorzüglichen medizinischen Versorgung ihres Kindes auch eine einfühlsame psychologisch-pädagogische Beratung in Anspruch nehmen zu können.

Das vorliegende Sachbilderbuch will diese zweifellos vorhandene und deshalb zu beklagende Informations- und Beratungslücke verkleinern helfen. Über den Zeitraum von der Geburt bis fast zur Einschulung in die (allgemeine) Schule wird die Entwicklung von Lars dokumentiert, der mit einer linksseitigen LKG-Spalte geboren wurde. Jürgen *Gössel,* ein in der Frühförderung erfahrener Sprachheilpädagoge in Baden-Württemberg, läßt dabei die Eltern — überwiegend die Mutter von Lars — in Wort und Bild die Geschichte ihres Kindes — und ihrer größtenteils unnötigen, aber eben menschlich so verständlichen Sorgen — beschreiben. Da geht es um die notwendigen Operationen ebenso wie um ganz praktische Hinweise, beispielsweise um die Ernährung mit Hilfe eines spe-

ziellen Saugers oder einer Gaumenplatte. Natürlich werden auch die sprachlichen Schwierigkeiten und die entsprechenden therapeutischen Hilfen (Sprachtherapie, Sprachheilkindergarten) nicht ausgeklammert. Und immer wieder taucht ein Problem auf: die gestörte Ästhetik des Gesichts. Sie beschäftigt die Eltern durchgängig, und auch hierbei erfahren sie, daß sich ihre Sorgen erheblich verkleinern dank der chirurgischen Möglichkeiten.

Das Buch ist in einer wohltuend verständlichen (und eben fachsprachlich nicht überlasteten) Sprache geschrieben, der Text zudem in einer sehr leserfreundlichen Schrifttype gesetzt worden. Weil es gut geeignet ist, den betroffenen Eltern Mut zu machen, sollte es in keiner Beratungsstelle fehlen und in die Hände möglichst vieler gelangen, die sich um das Wohl der Kinder mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte mühen.

Bei einer weiten Verbreitung und der dadurch möglichen zweiten Auflage werden dann sicher auch einige der seitenverkehrt montierten Bilder (so u. a. auf dem Einband) richtiggestellt. *Jürgen Teumer*



Vevi Hahn: Myofunktionelle Therapie. Ein Beitrag zur interdisziplinären Fundierung aus Sicht der Sprachbehindertenpädagogik. Reihe Wissenschaft, Schwerpunkt Sonderpädagogik; Band 1. Profil Verlag, München 1988. 585 Seiten. 69,80 DM.

Ich möchte ein Buch rezensieren, das auf knapp 600 Seiten für viele therapeutisches Neuland erschließt, ich bitte daher um Verständnis, wenn die Besprechung etwas länger als in diesem Rahmen üblich ausfällt.

Mit ihrer Dissertation legt *Hahn* ein Buch vor, das ich als Einstieg in die Komplexität von Theorie und Praxis der Myofunktionellen Therapie (MFT) für sehr geeignet halte:

— Es ermöglicht einen Überblick über die interdisziplinäre Entwicklung der MFT und den aktuellen Forschungsstand (Kapitel 1 und 2).
— Es begründet die Einbeziehung der MFT als Begleittherapie in sprachtherapeutische Maßnahmen. Dabei findet die Mehrdimensionalität einer Beeinträchtigung — auch in den Funktionsbereichen, in denen sie angesiedelt sein kann — Berücksichtigung (Kapitel 3).
— Es reflektiert die MFT als pädagogischen Prozeß (Kapitel 4).
— Es vermittelt Praxis und Praxisergebnisse und damit insgesamt Information für theorie- und forschungsgeleitetes Handeln (Kapitel 4 und 5).

In einer Langzeitstudie stellt die Autorin, die seit zehn Jahren als Muskelfunktionstherapeutin tätig ist, ihre Behandlungsergebnisse nach Dauer, Verlauf und Ergebnis der Therapie vor. Der therapeutengebundenen Beurteilung wird eine Patientenbeurteilung des Therapieergebnisses gegenübergestellt.

Eine solche Studie zur MFT ist neu im deutschsprachigen Raum, und neu in deutscher Sprache ist auch die umfassende Darstellung der Geschichte der MFT — verbunden mit einer imponierenden Aufräumarbeit im Bereich vorhandener Forschungs- und Arbeitsergebnisse aus verschiedenen Fachdisziplinen.

Ein großer Teil dieser Literatur stammt aus dem angloamerikanischen Raum und ist hierzulande nahezu unbekannt. Daraus wurde häufig abgeleitet, daß es wenig Literatur bzw. Forschung gäbe. Im vorliegenden Buch wird dieser Vorwurf widerlegt. Der Autorin ist zu danken, daß sie dort objektiviert, wo Emotionen, Unsachlichkeit oder unterschiedliche Sichtweisen einzelner Fachdisziplinen die Diskussion über Sinn und Wert der MFT in die Sackgasse geraten ließen. Die Gründe liegen u. a. in einer noch recht unterentwickelten Fähigkeit zu interdisziplinärer Zusammenarbeit und Akzeptanz. Die MFT kann dafür als Paradebeispiel gelten. Als gemeinsames Arbeitsfeld von Zahnmedizin/Kieferorthopädie, Sprachtherapie/Logopädie und noch anderer Fachdisziplinen steht und fällt der Therapieerfolg mit der Fähigkeit zu interdisziplinärer Konsultation bei Diagnose und Behandlung (S. 26).

Die MFT wird vorgestellt als eine spezielle Behandlungsmethode zur Überwindung von Fehlhaltungen und Fehlfunktionen der Gesichts- und Mundmuskulatur (orofaziale Dysfunktion) beim Kauen, Schlucken, Atmen, unter besonderer Beachtung des falschen Schluckens mit dem Leitsymptom Zungenpressen (Kapitel 1 und 3). Bei Kindern liegt die wesentliche Aufgabe der MFT darin, die Entwicklung der Vitalaufgaben Kauen, Schlucken, Atmen in die erwünschten Bahnen zu lenken, um damit Reifungsprozesse nachzuholen und Entwicklungsrückstände in Wahrnehmung und Moto-

rik, vornehmlich im Mundbereich, zu überwinden. Bei Erwachsenen wird es darum gehen, den durch muskuläre Dysfunktionen eingetretenen Schaden im stomatognathen System (Mundraum/Kieferbereich) zu lindern oder zu begrenzen.

Die MFT ist keine Sprachtherapie, eignet sich aber nach Meinung der Autorin als effektive Begleittherapie im Rahmen einer komplexen Rehabilitation. Die, laut Untersuchung, hohe Zahl von allerdings nicht näher definierten »Logopädie-Rezidiven« bei den 6—11jährigen Probanden (S. 488) könnte diese Meinung erhärten. Die motorischen Übungen der MFT sind in ihrem Kern systematisch aufgebaut und nicht vergleichbar mit gängigen Mundmotorikübungen herkömmlicher Sprachtherapie.

Wie die Erörterungen in Kapitel 4 zeigen, wird vom Therapeuten ein hohes Maß an Fähigkeit zu pädagogisch-psychologischer Therapieführung verlangt. Die Vielschichtigkeit der Therapiesituation, die als »Prozeßgeschehen innerhalb einer gleichwertigen Partnerschaft zwischen Therapeut und Kind/Erwachsener« (S. 389) als Basis wirksamer Interaktion beschrieben wird, findet bei der Verlaufsbeschreibung der Therapie erneut Berücksichtigung. Nach Auffassung der Autorin verlangt »das interdisziplinäre Vorgehen der Sprachbehindertenpädagogik die Berücksichtigung der MFT innerhalb ihrer Behandlungsansätze bei Dyslalien, Dysglossien, Rhinolalien, L-K-G-Spalten und anderen Sprech- und Sprachstörungen, die mit abnormem Schlucken und funktionellen sensorischen Einschränkungen vergesellschaftet sind« (S. 518). Hierzu noch einmal ein Hinweis auf die Langzeitstudie: Fast jedes zweite Kind mit abweichendem Schluckverhalten und Zungenpressen wies einen Sigmatismus auf. Diese Ergebnisse beziehen sich auf die behandelten 6—11jährigen. Die Ergebnisse decken sich mit denen amerikanischer Studien (S. 137 und 493).

Der flüchtige Leser könnte — besonders bei Sichtung der Literaturliste — einen Rückfall in mühsam überwundene Positionen einer »motorischen Ungeschicklichkeit« bei der Beurteilung von Aussprachestörungen befürchten. Und in der Tat spielt die gestörte Motorik als Symptom eine große Rolle. Diese Störungen der beobachtbaren Zungen- und Lippenfunktion und auch das Zungenpressen lassen sich jedoch, wie in Kapitel 3 erörtert, unter myofunktionellem Ansatz häufig als Defizit in der oralen Sensibilität nachweisen. Es handelt sich dabei um jene Leistung, die auch für den Rückkopplungsprozeß, also für die Selbstwahrnehmung (Propriozeption) einer sprachlichen Handlung, bedeutsam wird. Hier wird von der Autorin auch der Schwerpunkt gesetzt. Dazu werden die Forschungsergebnisse zur oralen Wahrnehmung von *Dahan* vorgestellt wie auch ihre praktische Umsetzung in der sogenannten Neuro-sensoriellen Methode. *Hahn* hat Bestandteile dieser Methode zur Verbesserung des Tastvermögens und zur Formenerkennung im Munde ihrem Behandlungskonzept, das sich im wesentlichen auf *Garliner* stützt, vorangestellt. In den Komplex »eingeschränkte orale Wahrnehmung« gehört auch die Problematik des habituellen Festhaltens an Sauggewohnheiten mit nachweisbaren Auswirkungen auf die kinästhetischen Reafferenzen, »... da unter dem Druck der primitiven Saugmuster differenziertere Bewegungsgestalten den Zentren nicht übermittelt werden können« *(Wurst,* zit. nach *Hahn,* S. 341 f.). Die Einbettung solcher Habits wie Daumenlutschen, Nägelkauen usw. in einen psychosozialen Zusammenhang wird problematisiert und mit Vorsicht angegangen.

Noch einen weiteren, meines Erachtens grundlegenden Gedanken für das Verständnis myofunktionellen Vorgehens im Rahmen einer Sprachtherapie möchte ich hervorheben. Er wird von der Autorin mit Nachdruck vertreten: »Sprachtherapeuten wie Logopäden therapieren dyslalische Symptome, die mit Zahnstellungsanomalien, Mundatmung und Haltungsschwäche einhergehen. Ihre Korrekturmaßnahmen verhelfen dem Kind zu einer Artikulation, die zwar der sprachlichen Norm entsprechen kann, aber Kompensation und Anpassung an bestehende Gebißanomalien oder gestörte Primärfunktionen darstellt. Eine isolierte Symptombehandlung neigt eher zu einem Rezidiv, eine multikausale Therapie kann einen Dauererfolg wahrscheinlicher garantieren« (S. 35). Es wird daher, wie schon von *Middeldorf* (1985), die Forderung erhoben, Gebißanomalien in Funktion zum gesamten Störungsbild orofazialer Beeinträchtigung für Diagnose und Therapie interdisziplinär und damit ganzheitlich für den individuellen Fall zu reflektieren und, wo erforderlich, zu parallelisieren. »Kaumuskeln, mimische Muskeln und die Zunge beeinflussen durch ihre Bewegung und ihre Ruhelage die Form des Mundraums, die Zahn- und Kieferstellung« (S. 20). So bedingen sich Form und Funktion gegenseitig und stehen in einer fein abgestimmten Wechselbeziehung.

Diese Zusammenhänge werden — immer unter Rückbezug auf sprachtherapeutische Fragestellungen — anhand deutschsprachiger und angloamerikanischer Literatur vorgestellt. Ein kurzer Abriß über die Entwicklung der Funktionskieferorthopädie ist dabei unerläßlich, da diese Behandlungsmethode die physiologischen Funktionsabläufe der orofazialen Muskulatur beim Kauen, Schlucken und Sprechen als körpereigene formende Kräfte für die Auslösung von Zahnbewe-

gung und Lageänderung des Unterkiefers in die apparative Behandlung mit einbezieht.

Ausführlich und in übersichtlicher Zusammenfassung wird das Thema »Zungenpressen«, worunter die Vorverlagerung der Zunge beim Schlucken und Sprechen zu verstehen ist, unter Einbeziehung der 1973/75 in Fachkreisen viel beachteten »Tongue-Thrust Controversy« zwischen *Mason/Proffit* und *Hanson* erörtert. *Mason/Proffit* bezweifeln eine eindeutige Beziehung zwischen Zungenpressen, Zahnstellungsanomalie und Artikulationsproblemen und plädieren für eine MFT erst dann, wenn Zungenpressen und begleitende Zahnfehlstellungen bis zur Pubertät persistieren. *Hanson* und andere Fachvertreter plädieren für eine frühzeitige MFT, da so die Normalisierung der oralen Funktionen durch Wachstum und Reifung unterstützt würde; dieser Meinung schließt sich auch *Hahn* an.

Die Arbeit von *Hahn* schließt eine große Lücke für alle, die sich über die MFT informieren oder in diesen Bereich einarbeiten möchten. Das Buch macht deutlich, daß die MFT nicht mit einer einzelnen Person zu identifizieren ist, auch wenn es das Verdienst von *Garliner* ist, die MFT als geschlossenes Konzept nach Europa vermittelt zu haben. Die Fundierung aus Sicht der Sprachbehindertenpädagogik halte ich für schlüssig. Im Sinne einer terminologischen Stringenz halte ich die Verwendung des Terminus »Sprechstörung« neben dem Terminus »Artikulationsstörung« nicht für sehr geglückt, zumal Artikulation und gestörte Artikulation mit Rückgriff auf *Homburg* (1978) als Sprachsystemstörung reflektiert werden.

Sehr zu empfehlen wäre noch die Erstellung eines Glossars, da viele Begriffe und Fachtermini aus Zahnmedizin und Kieferorthopädie nicht als bekannt vorausgesetzt werden können. Die knappen Definitionen (auf S. 24) reichen meines Erachtens nicht aus.

Mit ihrer Arbeit gewährt die Autorin einen guten Zugang zur MFT, bewahrt diese Methode aber gleichzeitig durch gründliche Recherchen vor einer Simplifizierung und Reduktion auf den Status eines beliebigen motorischen Übungsprogramms und damit vor einer Fehleinschätzung, speziell aus der Sicht der Sprachbehindertenpädagogik.

Dietrun Freiesleben

Buch- und Zeitschriftenhinweise

Die Sonderschule, Berlin-Ost/DDR

Nr. 1, 1989

Ulrich Giersberg und Horst Suhrweier, Berlin-Ost/DDR: Abgrenzung sprachentwicklungsrückständiger Kinder von intellektuell geschädigten mit Sprachschädigungen. S. 9—21.

Folia Phoniatrica, Basel/Schweiz

Nr. 4, 1988

Walter F. Sendlmeier, Nijmegen/Niederlande: Sprachverarbeitung bei pathologischem Gehör. Zum Stand der Forschung. S. 218—243.

Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, Dortmund

Nr. 1, 1988

H. H. Schäuble, M. Schlünder, P. Bernhard und F. Lamprecht, Berlin-West und Schömberg: Psychosomatische Aspekte der funktionellen Dysphonie. S. 34—38.

Nr. 2, 1988

Walter Hauke, Windach: Kombinierte Anwendung von Biofeedback und Atemtherapie bei motorischen Störungen im Rahmen eines multimodalen Therapieansatzes. S. 142—146.

Der Autor beschäftigt sich mit der Behandlung der mehr oder weniger ausgeprägten Muskelverkrampfung verschiedener Störungen, bei der auch psychische Faktoren eine Rolle spielen. Es kommt ein ganzes Bündel von Maßnahmen zum Einsatz, z. B. EMG-Biofeedbacktraining, Entspannungstraining, Selbstsicherheitsgruppe, Kommunikationstraining, Partnergespräche usw. Dabei ist die Biofeedbackmethode besonders spezifisch für die Behandlung der motorischen Störungen, da sie einen direkten Zugang zum Symptom ermöglicht. *Hauke* hat auch den Eindruck, daß durch die Hinzunahme von Atemtherapie die Gesamteffizienz der Behandlung gesteigert wird.

Nr. 4, 1988

Manfred Hörmann, München: Die Versorgungssituation von Schädelhirntraumatikern und Schlaganfallpatienten aus der Sicht des Klinikers: Situation und Konzeption. S. 238—244.

Rolf Wiechers, Bonn: Die Versorgungssituation von Schädelhirnverletzten aus der Sicht des Kuratoriums ZNS. S. 245—246.

Sprache — Stimme — Gehör. Zeitschrift für Kommunikationsstörungen, Stuttgart

Nr. 4, 1988

Johann Kinzl, Wilfried Biebl und Ulrike Stejskal, Innsbruck: Funktionelle Aphonie — Psychothera-

peutische Aspekte im Rahmen einer logopädischen Therapie. S. 128—131.

R. Maier, Mainz: Psychophysiologische Analyse pathokognitiver Prozesse — Erste Ergebnisse einer Pilotstudie zur objektiven Aphasie-Diagnose. S. 132—136.

Karl-Heinz Henze, Göttingen: Der psychologische Beitrag bei Kindern mit Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten. S. 145.

Arno Schulze

Aus-, Fort- und Weiterbildung

16. Internationaler und interdisziplinärer Herbst-Seminar-Kongreß für Sozialpädiatrie

Der 16. Herbst-Seminar-Kongreß vom 25. August bis 1. September 1988 »Hilfe für das behinderte Kind« in Brixen/Norditalien, der wieder unter der wissenschaftlichen Hauptleitung von Prof. Dr. Dr. h. c. Hellbrügge (Kinderzentrum München) stand, vereinte über 500 Teilnehmer aus vielen europäischen Ländern und aus Übersee sowie aus dem Fernen Osten. Vertreter verschiedenster Berufe — Ärzte, Zahnärzte, Psychologen, Naturwissenschaftler, Sprachtherapeuten unterschiedlicher Provenienz, verschiedenste Therapeuten und Hersteller von Therapiematerialien — diskutierten oft bis zum späten Abend über die besten Formen der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit allen möglichen Erkrankungen, Behinderungen und Auffälligkeiten. Etwa 25 Plenumsreferate, ca. fünf Filmvorführungen, rund 35 Seminare und eine Reihe weiterer Veranstaltungen boten dafür ausreichend Gelegenheit.

Im Mittelpunkt stand das mehrfach geschädigte Kind, das vom ersten Lebenstag an bzw. vom ersten Tag, an dem die Störung erkannt wurde, komplex betreut werden sollte. Dazu wurden Verfahren vorgestellt, die meist in übergreifende, ganzheitliche Behandlungsmethoden, wie z. B. die Münchener Funktionelle Entwicklungstherapie, eingebunden sind. Alle diese Verfahren stellen bzw. stellten zur Zeit ihrer Inaugurierung das Höchstniveau der Forschung und praktischen Umsetzung dar. Zu denken ist — nur angedeutet aus der Fülle — an die Verfahren nach Bobath, Kiphard, Frostig, Vojta, Castillo-Morales, verschiedene Sprachanbahnungs-, -entwicklungs- und -förderungsprogramme.

In den meisten vorgestellten Verfahren spielte die Sprache eine vermittelnde, oft sogar therapeutische Rolle. Ein Teil der Veranstaltungen stellte die gestörte Sprache in den Mittelpunkt. Schmid-Giovannini (Zürich) erarbeitete mit den Teilnehmern ihres Workshops, die in Brixen zwischen zwei und fünf Tagen liefen, ihr allgemein anerkanntes System der Sprachanbahnung bei hörgeschädigten Kindern. Fendler (Leonding/Österreich) wandte das Bobath-System auf die Eß-, Sprach-, Sprech- und Stimmtherapie bei Kindern mit zerebralen Bewegungsstörungen an. In ähnliche Richtung zielten Vortrag und Workshop von Clausnitzer (Halle/DDR), der die von ihm und seiner Frau entwickelte Orofaziale Muskelfunktionstherapie (Myofunktionelle Therapie) vorstellte. Vor allem für Patienten mit kombiniertem Auftreten von Dyslalien, insbesondere Sigmatismen, Schluckstörungen, Mundoffenhalten und anderen oralen Dysfunktionen sowie Zahn- und Kieferstellungsanomalien ist dieses Verfahren gedacht. Enge Zusammenarbeit von Ärzten, Zahnärzten und Sprachtherapeuten ist erforderlich.

Auch konnten verschiedene andere Veranstaltungen für eine Verbesserung der Arbeit der Sprachtherapeuten genutzt werden, vor allem, weil direkt an Patienten, an Videos bzw. miteinander gearbeitet wurde. Dabei ist z. B. an die verschiedenen Seminare zur Münchener Funktionellen Entwicklungsdiagnostik und -therapie, an die Sprachanbahnung im Rahmen der Montessori-Therapie, an die Bewegungstherapie als Sprachstimulans nach Bucke (München) und die Funktionelle Entspannung nach Fuchs zu denken.

Volkmar Clausnitzer

8. Europäischer Kongreß für Myofunktionelle Therapie (MFT) in Würzburg (11. und 12. November 1988)

Vertreter verschiedenster Berufe aus vielen europäischen Ländern und aus Übersee — Zahnärzte, Ärzte, Psychologen, Sprachtherapeuten unterschiedlicher Provenienz — trafen sich zu interdisziplinären Gesprächen über die Myofunktionelle Therapie. Durch wissenschaftliche Vorträge, acht Workshops, die zweimal parallel durchgeführt wurden, und ein Round-table-Gespräch, an dem sich das Auditorium ebenfalls lebhaft beteiligte, wurde eine Vielzahl von fachlichen, methodischen und organisatorischen Problemen diskutiert. Am Rande des Kongresses wurde die Vollversammlung des veranstaltenden Arbeitskreises MFT e.V. mit der Neuwahl der Leitungsorgane durchgeführt.

Zwei Haupttendenzen zeichneten den Kongreß aus: Erstens zeigte die MFT in ihren wissenschaftlichen Grundlagen, in ihrer polyvalenten Indikation, ihrer methodischen Vielfalt und damit ihrer Abnabelung von einzelnen US-amerikanischen Vorbildern eine erfreuliche Reife. Dazu trugen eine Reihe von Vorträgen und Workshops maßgeblich

bei: Dahan (Belgien) stellte ebenso wie Müßig (Erlangen) eine zentrale Problematik auch der Rehabilitationspädagogik und -medizin, die Nutzung bzw. Schulung der Wahrnehmungskompetenzen des Patienten, in den Mittelpunkt seiner Ausführungen. Beide gingen von ganzheitlichen Grundsätzen für jede therapeutische Arbeit mit dem Menschen aus. Wessmann (Schweden) bezog in diesem Sinne den ganzen Körper in die Behandlung von orofazialen Dysfunktionen ein.

Ein zweiter Trend der internationalen MFT zeigte sich in der deutlichen Einbeziehung dieser Muskelübungen in die Sprachtherapie. Tränkmann (Hannover) gab dafür als Kieferorthopäde eine breite theoretische und praxisrelevante Grundlage aus interdisziplinärer Sicht, wobei er insbesondere die HNO-Heilkunde und die Sprachtherapie berücksichtigte. Heinemann (Unna) bezog sich sowohl im Referat als auch im Workshop auf die kombiniert auftretenden Sigmatismen, Zungenfehlfunktionen und Dysgnathien. Campiche-Thönen (Schweiz) berichtete über ein mit einer zentralen Sprachstörung vergesellschaftetes hartnäckiges Luftschlucken und deren Therapie. Clausnitzer (Halle/DDR) wies anhand umfangreicher Literaturrecherchen und eigener Untersuchungen, die er zusammen mit seiner Frau durchgeführt hatte, auf die engen morphologischen und funktionellen Beziehungen zwischen einzelnen oralen Funktionen, einschließlich Sprechen, und organischen Zuständen im orofazialen System hin.

Der 9. Europäische Kongreß für MFT findet im November 1989 in Dortmund statt.

Volkmar Clausnitzer

Anschriftenänderungen unserer Bezieher

Bezieher, die nicht Mitglied der dgs sind:
Bitte, benachrichtigen Sie bei Anschriftenänderungen unmittelbar den Verlag:

Verlag
Wartenberg & Söhne GmbH,
Theodorstraße 41 w,
2000 Hamburg 50.

NOVEL elektronik

Technische Geräte
für die Sprachtherapie

Die SVG-Serie
Sprachverzögerungsgeräte für die Verhaltenstherapie des Stotterns
— SVG 1/2: Tragbare Sprechhilfen im Zigarettenschachtelformat
— SVG 3: Digitaler Laborverzögerer für die ambulante Behandlung

Unsere kostenlose Broschüre gibt Hinweise für Anwendung und Therapie.

S-Meter
Übungsgerät zur spielerischen Einübung des stimmhaften und stimmlosen »s«-Lautes.

S-Meter-Eisenbahnkoffer
Modelleisenbahn im Transportkoffer zum Anschluß an das »S-Meter«. Die Eisenbahn fährt, wenn das »s« richtig gesprochen wird.

Sprach-Trainer
Übungsgerät zur Sprachaufzeichnung und -wiedergabe in Digitaltechnik, 2 Spuren.

Audiotest AT 6.000
Preiswerter quick-check Audiometer zur Überprüfung des Sprachgehörs.

Audiotest AT 8.000
Mikroprozessorgesteuerter Audiometer für Einzel- und Reihengehöruntersuchungen.

Außerdem folgende Geräte:
Sprachstudienrecorder, Kassettenrecorder, Sprachpegelmesser, Zubehör.

NOVEL elektronik
Wolfgang Heikamp
Waldesrand 43, 4630 Bochum 5
Telefon (0234) 47 57 69

Tagungen und Kongresse

Fortbildungstagung für Ausbilder in der zweiten Phase

Der Senator für Schulwesen, Berufsausbildung und Sport, Berlin, veranstaltet vom 15. bis 17. November 1989 eine Fortbildungsveranstaltung für Ausbilder in der zweiten Phase (Schwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik) unter dem Thema: »Seminardidaktische Aspekte des Verhältnisses von Unterricht und Sprachtherapie«. Nähere Informationen sind erhältlich bei: Der Senator für Schulwesen, Berufsausbildung und Sport, 4. und 5. Schulpraktisches Seminar im Bezirk Kreuzberg (L), Mariannenplatz 2, 1000 Berlin 36. Telefon (030) 25 88 28 15 (Herr Penné und Frau Berndt).

MFT-Kurse

Kurse in »Myofunktioneller Therapie (MFT)« finden unter der Leitung von Anita Kittel (Logopädin) am 24. Juni, 21. Oktober und 25. November 1989 in Reutlingen statt. Anmeldungen sind unter Angabe des Berufes und unter Beifügung der (dienstlichen oder privaten) Telefonnummer an Frau Anita Kittel, Hornschuchstraße 12 in 7400 Tübingen, zu richten.

Fortbildungsveranstaltung im Sprachheilzentrum Werscherberg: Die Akzentmethode

Die Akzentmethode ist eine Ganzheitsmethode, eine dynamische Stimm-, Sprech- und Bewegungstherapie, die alle respiratorischen sowie phonatorischen Muskeln mit einbezieht. Sie wurde ursprünglich von Prof. Dr. phil. Svend Smith entwickelt. Kirsten Thyme hat viele Jahre mit Svend Smith zusammengearbeitet. Die Akzentmethode läßt sich bei funktionellen Stimmstörungen und bei Stottern anwenden.

Referenten: Kirsten Thyme / Prof. B. Frokjaer-Jensen. Termin: Grundkurs 25. bis 29. September 1989. Teilnahmegebühr: 500 DM (Kostenreduzierung für Mitarbeiter der Arbeiterwohlfahrt). Tagungsanschrift: Sprachheilzentrum Werscherberg, Postfach 1134, 4516 Bissendorf 1. Nähere Auskünfte über Anmelde- und Unterbringungsmodalitäten erteilt Frau Vera Schwarz, Telefon (05402) 4 05-45.

Arbeitskreis AKoP

Der Arbeitskreis Kooperative Pädagogik e.V. (AKoP) hält im Sommer und Herbst 1989 wieder eine Reihe von Fortbildungskursen ab. Nähere Informationen und Anmeldung bei AKoP-Fortbildung, Univ.-Prof. Dr. F. Schönfelder, Fliederstraße 14, 3057 Neustadt 1.

Vorschau

G. Mühlhausen: Langzeitklassen in der Sprachheilgrundschule.

O. Dobslaff: Hochschullehrende — eine Zielgruppe für logopädisches Wirken.

P. Jehle, T. Kühn und J. A. Renner: Einstellungen Stotternder zur Kommunikation: Einige Ergebnisse aus der Anwendung der Skala »S 24« von Erickson und Andrews/Cutler.

B. Kleinsorge: Untersuchung zu den Persönlichkeitsmerkmalen und dem Lern- und Leistungsverhalten bei Polterern.

F. M. Dannenbauer: Ist der kindliche Dysgrammatismus grammatisch? Zu den Sprachproblemen entwicklungsdysphasischer Kinder.

Sprachtherapeutin

(Dipl. päd.) mit Erfahrungsschwerpunkt Aphasietherapie zur Mitarbeit in sprachtherapeutischer Praxis (Großstadt Ruhrgebiet) baldmöglichst gesucht.

Zuschriften unter Chiffre Nr. 01/02 SP an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH, Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.

Sonderschullehrerin

(Sprachbehindertenpädagogik) sucht (Teilzeit-)Tätigkeit im Bereich Beratung, Diagnostik, Therapie im Raum 7800 Freiburg.

Zuschriften unter Chiffre Nr. 04/02 SP an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH, Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.

Dipl.-Sprachheilpädagogin

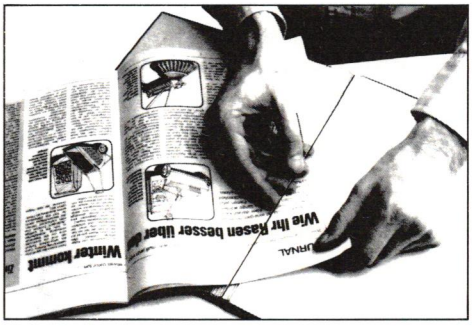
27 J., Diplom 7/1989, sucht ab Mitte August 1989 eine Stelle (Diagn./Th.) in Sprachheilkindergarten oder sprachtherapeutischer Praxis. Erfahrungen in der Therapie durch Praktika in Sprachheilkindergarten und Ambulanz.

Zuschriften unter Chiffre Nr. 07/02 SP an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH, Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.

So einfach ist es:

Schlagen Sie das Heft genau in der Mitte auf, und ziehen Sie es unter der dafür vorgesehenen Metallschiene des Sammelordners bis zur Hälfte hindurch. Fertig.

Wenn mehrere Hefte eingeordnet sind, drücken Sie diese fest nach links zusammen, damit Sie mühelos die weiteren Hefte einziehen können.



Dem Wunsche unserer Bezieher entsprechend, haben wir für **»Die Sprachheilarbeit«**

Sammelmappen

hergestellt, die es gestatten, alle Hefte laufend einzuordnen, ohne auf den Abschluß eines Doppeljahrganges zu warten. Das nachträgliche Einbinden entfällt und erspart zusätzliche Kosten.

Der Preis beträgt 19,— DM zuzügl. Porto.

Die Mappen sind geeignet für die Doppeljahrgänge ab 1969/70 und fortlaufend. Nicht gewünschte Jahrgangszahlen bitten wir in dem anhängenden Bestellvordruck zu streichen.

An Wartenberg & Söhne Verlag · Theodorstraße 41 · 2000 Hamburg 50

Ich/wir bestelle/n zur umgehenden Lieferung:

je _____ **Sammelmappen für »Die Sprachheilarbeit«** mit den Jahrgangszahlen 1989/90, 1987/88, 1985/86, 1983/84, 1981/82, 1979/80, 1977/78, 1975/76. Nicht gewünschte Jahrgangszahlen bitte streichen!

Ferner bestelle/n ich/wir aus dem Lehrmittelprogramm Ihrer Firma:

_____

_____

_____

Name

_____

Straße

_____

Postleitzahl Ort

_____

Datum

Sprachheilpädagogin (26 J.)

Dipl.-Päd., Fachrichtung Sprachheilpäd., Diplom Mai 1989 (zusätzl. Stud. d. Sportwiss., Schwerpunkt Psychomotorik), sucht ab Juli 1989 Stelle in sprachheilpäd. Praxis, heilpäd. Kindergarten oder klinischer Einrichtung (Rehabilitationszentrum). Verschiedene Praktika (u. a. Stimm- und Sprachabteilung einer Rehaklinik) und dreijährige therapeutische Praxis mit Schlaganfall-Patienten.

Zuschriften unter Chiffre Nr. 02/02 SP an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH, Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.

Sonderschullehrerin

28 J., 2. Staatsexamen 4/89 »sehr gut«, mit den Schwerpunkten Sprachbehindertenpädagogik, Lernbehindertenpädagogik, sucht im Raum Hannover pädagogische Tätigkeit im Bereich Rehabilitation, Schule, Behindertenarbeit oder in Sprachheilkindergarten bzw. sprachtherapeutischer Praxis (Interesse auch an wissenschaftlicher Tätigkeit oder Projektentwicklung).

Zuschriften unter Chiffre Nr. 06/02 SP an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH, Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.

Tremino® 5 X=71
Zwei Logoras® Spiele

Spiele zur Wahrnehmensförderung, zum Konzentrationstraining und Rechnen.

Spielend mit »5 X=71« die vier Grundrechenarten erlernen und festigen.

Tremino®, das Spiel in der robusten sechseckigen Holzkiste.

Das Spiel mit 127 Sechseck-Holzsteinen, das unendlich viele Kombinationsmöglichkeiten bietet.

Zur Auswahl stehen ein Punktsystem und ein Colorsystem mit 7 Farben.

1/7 Spiele bieten wir zum Kennenlernen an. Der Bestand kann mit weiteren 6 Siebtel langsam aufgestockt und komplett gemacht werden.

Spiele-Verlag Hans Loosen
Alte Aachener Straße 16, 4040 Neuss 1

Suche

Logopädin/Sprachtherapeutin

zwecks gemeinsamer Gründung einer Sprachheilpraxis in Bremerhaven.

Zuschriften unter Chiffre Nr. 05/02 SP an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH, Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.

Sprachtherapeutische Praxis im Rheinisch-Bergischen Kreis sucht schnellstmöglich

Sprachheiltherapeut(in)

Das Arbeitsgebiet umfaßt alle Störungsbilder (ausgenommen Stimmstörungen). Schwerpunkte liegen in der Behandlung von Sprachentwicklungsverzögerungen bei Vorschulkindern und in der Therapie von Aphasikern.

Mindestens ein Jahr Berufserfahrung, Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit und Freude an selbständiger Arbeitsweise sind Voraussetzung.

Die Vergütung erfolgt in Anlehnung an BAT.

Schriftliche Bewerbungen richten Sie bitte unter Chiffre Nr. 03/02 SP an den Verlag Wartenberg & Söhne GmbH, Theodorstraße 41 w, 2000 Hamburg 50.

ENDLICH die richtigen Programme!

Bergedorfer Förderprogramme und **Arbeitsmittel** für Sonderpädagogik und Sprachtherapie.
Bergedorfer Kopiervorlagen für alle Fächer! Für Freie Arbeit, Fördermaßnahmen und differenzierende Übungsphasen in Grund- und Sonderschulen.
Neu *(im Vertrieb)*: Sämtliche Titel von Giselher Gollwitz zur Sprachtherapie sofort lieferbar. Laufend interessante Neuheiten! Prospekt anfordern bei:

Persen
Verlag
Sigrid Persen
Dorfstraße 14, D-2152 Horneburg/N.E.
Telefon: 04163/6770 von 0 bis 24 Uhr

Diplom-Pädagogin/ Sprachheilpädagogin

26 J., Diplom 2/89, Schwerpunkte: Frühförderung, Vorschulbereich, Therapie von kindlichen Sprachstörungen, Hörgeschädigtenpädagogik u. a. sucht Arbeitsstelle in heilpäd. Einrichtung, sprachtherap. Praxis, Verein oder Institution. Raum Gießen—Frankfurt—Heidelberg bevorzugt.

Susanne Fischer, Bahnstraße 11, 6240 Königstein/Ts., Telefon (06174) 2 24 09.

Lehrmittel und Schriften zur Sprachheilpädagogik

Herausgegeben von der
Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V.

Übungsblätter zur Sprachbehandlung
1.—18. Folge mit Übungstexten, 21.—23. Folge mit Bildern

Tagungsberichte
der Deutschen Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e. V. 1960—1986

Testmittel zur Sprachbehandlung
Untersuchungs- und Behandlungsbogen

SMS Strukturierte Materialien-Sammlung
Informative Beschreibung von rund 300 Spiel- und Übungsmaterialien

Beratungsschriften für Eltern

Ausführliche Prospekte auf Anforderung direkt vom Verlag:
Wartenberg & Söhne · 2 Hamburg 50 · Theodorstraße 41

Die Sprachheilarbeit
C 6068 F

Wartenberg & Söhne GmbH
Druckerei und Verlag
Theodorstraße 41 w
2000 Hamburg 50

WSS 007823 *00022*
SCHILLING-SCHULE F. SPRACHBE-
HINDERTE U. KOERPERBEHINDERTE
PASTER-BEHRENS-STR. 81

1000 BERLIN 47

odeborn klinik

Fachklinik für Neurologie und Innere Medizin
5920 Bad Berleburg

sucht zum nächstmöglichen Termin

1 Logopäden/in und/oder
1 Sprachheilpädagogen/in und/oder
1 Linguisten/in

(Schwerpunkt Aphasie) zur Mitarbeit in einem jungen Therapeutenteam.
Geboten wird:

— Bezahlung in Anlehnung an den BAT, mglw. auch freie Vereinbarung
— Fortbildungsurlaub
— Hilfe bei der Wohnungssuche
— vergünstigte Mahlzeiten in der Klinik
— Benutzung der unternehmenseigenen Freizeitanlagen
— ein Kur- und Badeort in reizvoller Mittelgebirgslandschaft mit hohem Freizeitwert.

Ihre Bewerbungsunterlagen mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte an:
Odeborn-Klinik, 5920 Bad Berleburg, Hinterm Schloßpark, z. Hd. Herrn Schenkel
Telefon (02751) 8 24 59.